Voir résumé français à la
fin du chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM
PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK II. DZIEKANKA KWART. IV.
1925

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH" T. A. W GNIEŹNIE

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

„Nowiny Psychjatryczne" zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych" z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (2,80 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 złote.

REDAKCJA „NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH".

Voir résumé français à la
fin du chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK II. DZIEKANKA KWART. IV.
1925

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH“ T. A. W GNIEŹNIE

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ROK II. DZIEKANKA KWART. IV.
1925.

VI-ty KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY w KATOWICACH

w dniach 25 — 27. IX. 1925 r.

W dniach 25.—27. września rb. odbył się w Katowicach Zjazd Przeciwalkoholowy. — Był to szósty zjazd kolejny. — Poprzednie odbyły się w Tarnowie, Krakowie, Lwowie, Warszawie, Poznaniu. —

Udział uczestników początkowo był niebardzo liczny, lecz już w trzecim dniu obrad zebrała się spora gromada przyjezdnych i miejscowych, którzy wypełnili szczelnie widownię teatru, w którym odbywały się plenarne zebrania Zjazdu, a pochód przez miasto uczestników przed zamknięciem Zjazdu wypadł nawet imponująco.

Zjazd zagaił prof. Gantkowski z Poznania. — Do prezydjum zostali wybrani: prof. Gantkowski jako przewodniczący, jako jego zastępcy: Br. Skalski z Łodzi, p. Restorofowa z Warszawy oraz ks. Czempiel z Katowic. — Powitalne przemówienia wygłosili: wojewoda Bilski, w imieniu minstra spraw wewn., red. Szymański jako delegat generalnej dyrekcji Służby Zdrowia, p. Chwalenik jako delegat ministerstwa pracy, delegat ministerstwa kolei, delegaci ks. ks. biskupów: Hlonda z Katowic, Jabłrzykowskiego z Łomży, Fulmana z Lublina. Następnie składali życzenia w imieniu centr. Tow. roln. p. Resterofowa, w imieniu nar. Organizacji Kobiet p. Chmielińska, Szymkowiakowa, dr. Rzeczycka w im. kliniki psychjatrycznej Uniw. Warsz. oraz Dr. Radziwiłłowicz w im. Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Powitanie D-ra Radziwiłłowicza brzmiało jak następuje:

Przynoszę Zjazdowi pozdrowienie i pokłon od Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. — Kto lepiej od lekarza-psychjatry potrafi ocenić doniosłość i znaczenie zadań, stojących przed Zjazdem, od lekarza - psychjatry, stykającego się nieomal codziennie z tragicznymi wprost skutkami nałogu, którego początki przebiegają pozornie tak niewinnie. — Walka z alkoholizmem stanowi stały przedmiot troski naszego Towarzystwa. — Na każdym dorocznym Zjeździe Psychjatrów Polskich zapada uchwała o konieczności utrzymania w całej rozciągłości ustawy z dnia 23. IV. 1920 r. (przeciwalkoholowej) — bywa podnoszony stanowczy sprzeciw przeciwko wszelkim dążeniom ograniczenia przepisów ustawy. — Na ostatnio odbytym Zjeździe w sąsiednim Lublińcu w roku zeszłym, alkoholizm był przedmiotem zasadniczym

obrad zjazdowych, przyczem rozważono nietylko sprawę leczenia alkoholików, lecz także dotyczące ich stosunki prawne: pod względem karnym, cywilnym i administracyjnym. — Jest zatem sprawa walki z alkoholizmem bliska sercu każdego psychjatry polskiego; niech mi wolno będzie złożyć Zjazdowi najserdeczniejsze życzenia najbardziej owocnego wyniku jego prac".

Przebieg obrad zjazdowych, plenarnych i sekcyjnych stał na wysokim poziomie pod względem treści i formy referatów oraz poprawności i powagi dyskusji. — Prof. Gantkowski pozyskał słuchaczy wymową, poruszał ich zmysły szerokiem i naukowem pogłębieniem poruszonych zagadnień. — Przemawiał na zebraniach plenarnych, pouczał i informował w licznych zebraniach sekcyjnych.

Red. Szymański w bardzo starannie opracowanym referacie zobrazował obowiązki państwa i społeczeństwa w walce z tą rosnącą w zastraszający sposób klęską społeczną. — Prof. Strumiłło z Lublina przedstawił groźny stan alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej. P. Prof. Dediowa mówiła o udziale kobiet w walce z alkoholizmem; referat pod względem treści głęboki; znakomicie ujęty w wymowną formę, wywarł na słuchaczach wielkie wrażenie, porwał ich i wywołał owację zachwyconego i bardzo licznego audytorjum. — Były to referaty na posiedzeniach plenarnych. — Z referatów sekcyjnych odznaczyły się referaty D-ra Kuropatwińskiego o ustawie przeciwalkoholowej oraz prof. Kostrzewskiego o monopolu spirytusowym; były one przedmiotem gorących rozpraw, w których między innymi uczestniczył wice-dyrektor monopolu spirytusowego p. Bukowiński. — Dalej bardzo cenne przemówienia wygłosili w sekcjach Dr. M. Roszkowski z Warszawy, ks. Dr. Ciemniewski ze Lwowa, prof. Seelib ze Starogardu i p. Czajkowski z Warszawy.

Dr. Hercod, dyrektor międzynarodowego Biura dla walki z alkoholizmem przybyły specjalnie na Zjazd na zaproszenie komitetu organizacyjnego, wygłosił odczyt o zakazie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. — Na podstawie własnych obserwacji (Dr. Hercod był w Ameryce dwukrotnie od czasu wprowadzenia zakazu) — wykazał błogosławione skutki zakazu pod względem moralnym, gospodarczym, społecznym i sanitarnym. — Przestrzegał przed brakiem krytycyzmu, z jakim są przyjmowane wiadomości o ujemnych skutkach zakazu, głoszone przez międzynarodowy kapitał alkoholowy" i przytaczał szereg przykładów pod tym względem. — Jeden z przykładów dotyczył nas bezpośrednio. — Jak wiemy, z chwilą powstania Państwa Polskiego rozpoczął się silny ruch reemigrantów z Ameryki do Polski. — Ponieważ stosunki graniczne nie były jeszcze dostatecznie uregulowane w Buchs w Szkajcarji na pograniczu z Austrją, trzeba było utworzyć obóz reemigracyjny. — Jedna z gazet szwajcarskich wysłała specjalnego sprawozdawcę, który na podstawie wywiadów z reemigrantami, podał do wiadomości publicznej, jakoby przyczyną powrotu emigrantów do Ojczyzny jest fakt zakazu w Ameryce, co w rozumieniu emigrantów ogranicza ich wolność osobistą, dla tego uciekają z Ameryki, bo liczą, że w Polsce znajdą wolność całkowitą.

Odczyt wygłoszony z wielką swadą po francusku był bardzo umiejętnie tłumaczony przez prof. Seeliba.

Podczas Zjazdu odbyły się specjalne zebrania, między innemi wojskowych pod przewodnictwem gen. Horoszkiewicza, funkcjonarjuszów policji i kolejarzy, uczniów seminaryjnych pedagogicznych. — Podczas Zjazdu dawano w teatrze dramat Zenona Parviego p. t. „Knajpa", znakomicie wyreżyserowany i odegrany. — Urządzono też specjalną wystawę, na której zwracały uwagę tablice przeciwalkoholowe, wydane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia. — Tablice są do nabycia po cenie bardzo przystępnej w Gen. Dyr. Sł. Zdr. (Warszawa, Nowowiejska róg Topolowej) i powinne być rozpowszechnione i uwidocznione w miejscach publicznych, przedewszystkiem w szkołach, urzędach gminnych, poczekalniach dworców kolejowych, w poczekalniach Kas Chorych itp.

Zjazd powziął następujące uchwały:

Zwrócić się do min. spraw wewn. o istotne i ścisłe wykonywanie ustawy przeciwalkoholowej; do min. oświaty o wprowadzenie w szkołach wszystkich typów obowiązkowego nauczania o szkodliwości używania napojów alkoholowych, oraz o wprowadzenie katedr alkohologji na uniwersytetach; zwrócić się do wszystkich księży biskupów z prośbą o przeznaczenie w każdej djecezji jednego księdza do prowadzenia specjalnej propagandy przeciw pijaństwu.

Na Zjazd nadesłano dużo telegramów powitalnych od władz, instytucji, osób, wśród których wymienić należy serdeczny telegram ks. kardynała prymasa Dalbora.

W Zjeździe wzięła udział delegacja m. Łodzi z Drem Skalskim na czele, delegaci p. Rosset i Herz. — Delegacja przywiozła specjalne wydawnictwo miejskiego wydziału statystycznego i interesujące wykresy o alkoholiźmie w Łodzi.

Szczere i serdeczne podziękowanie należy się głównemu organizatorowi Zjazdu ks. Gałdyńskiemu, działającemu z ramienia Ligi Antyalkoholowej, która zwołała Zjazd, redaktorowi J. Szymańskiemu, przewodniczącemu organizacyjnego komitetu warszawskiego i prof. Gantkowskiemu — niestrudzonemu i świetnemu przewodniczącemu prac zjazdowych.

Zjazd tem różnił się od poprzednich, że była na nim utworzona oddzielna sekcja lekarska, której należy poświęcić bardziej szczegółowe omówienie.

Sekcję lekarską otworzył przewodniczący Dr. Radziwiłłowicz przemówieniem, w którem wzywał lekarzy do stworzenia związku lekarzy abstynentów, gdyż tylko lekarz abstynent może być skutecznym orędownikiem walki z alkoholizmem. Obecni przychylili się do wniosku i dali początek organizacji, której dalsze losy złożyli w ręce Dra Skalskiego. Dalej przewodniczący zachęcał obecnych lekarzy członków zebrania do czynniejszego udziału w piśmiennictwie przeciwalkoholowem ogólnem i specjalnem, albowiem na nich leży przedewszy-

stkiem obowiązek uświadamiania ogółu, a nistety i samych lakarzy, o szkodliwości alkoholu.

Właściwe obrady Sekcji otworzył prof. Wodziczko z Poznania bardzo starannie opracowanym referatem, w którym zdawał sprawę z pracy doświadczalnej profesora amerykańskiego Stockard'a nad dziedzicznością alkoholizmu. Doświadczeń dokonywano na szczurach, badano zwyrodniający wpływ alkoholizmu jednego z przodków aż do 4 pokolenia potomstwa i stwierdzno w spsób nieulegający żadnej wątpliwości dowody, że tak daleko sięga zwyrodniający wpływ alkoholizmu pod względem fizycznym i psychicznym. (większa liczba poronień, zmniejszona liczba potomstwa, zmniejszona waga noworodków, osłabienie sprawności psychicznej, również doświadczalnie stwierdzone.)

Następny był referat prof. Gantkowskiego o sposobach leczenia alkoholików. Podnosił znaczenie przychodni dla alkholików, która powinna posiadać nietylko charakter poradni, lecz powinna być czynnikiem opiekuńczym nad chorym, dawać mu nietylko poradę lekarską, pomoc farmaceutyczną, pomoc w postaci fizycznych zabiegów leczniczych wszelkiego rodzaju, lecz także podparcie moralne chorego w jego dążeniu do wyzwolenia się z nałogu. Oczywiście radykalną drogę leczenia upatruje prof. Gantkowski tylko w zamkniętym zakładzie leczniczym i tutaj jako główną przeszkodę widzi brak pośród pomocniczej służby lekarskiej abstynentów, a tylko przy całkowitej abstynencji całego otoczenia chorego w zakładzie może być skutecznie przeprowadzone leczenie alkoholika w Zakładzie zamkniętym. Referent zupełnie słusznie uważa, że abstynencja powinna być odrazu w całej pełni zastosowana przy leczeniu alkoholizmu, powolne odzwyczajanie od alkoholu jest niewłaściwe.

Doktorka Rzeczycka, asystentka Warszawskiej Kliniki Psychjatrycznej, przedstawiła i omówiła tablice z wykresami wzrostu liczby przypadków psychoz alkoholowych, leczonych w ciągu 5-ciu lat ostatnich na Klinice. Cyfry zaiste zastraszające (u kobiet wynosił wzrost z 0 — 5%, a u mężczyzn z 2,06% — 27% ogólnie leczonych chorych na klinice w ciągu pięciu lat).

W dyskusji zabierali głos: Ksiądz ze zgromadzenia Braci Kamiljanów w Tarnowskich Górach, który informował zebranych o Zakładzie dla leczenia alkoholików, prowadzonym w tem mieście przez Braci, oraz o warunkach przyjmowania chorych do Zakładu. Są trzy klasy chorych: abstynencja bezwzględna zasadą leczenia, abstynencja bezwzględna otoczenia warunkiem leczenia. P. Mieczysław Herz, Delegat Magistratu w Łodzi, podnosil znaczenie posiadania dla skutecznej walki z alkoholizmem szczegółowych i wielostronnych wykazów statystycznych; popierał wywody wnioskiem o potrzebie przeznaczania sum odpowiednich na te cele z funduszów, przypadających Ministerstwu Spraw Wewnętrznych Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) z dochodów monopolowych. Ksiądz Szuman, nawiązując do referatu prof. Wodziczki, wskazywał na potrzebę posiadania i rozpowszechniania wydawnictw naukowo pogłębionych, które dawałyby do ręki duszpasterzom materjał, potrzebny w ich walce z alkoholizmem.

Dr. Radziwiłłowicz, godząc się całkowicie z wywodami prof. Gantkowskiego, podnosił trudności prawne, związane z umieszczaniem alkoholików w zakładach zamkniętych, wskazywał, że alkoholików z wyraźnymi objawami ciężkiego zwyrodnienia psychopatycznego należy przy umieszczaniu w zakładach psychjatrycznych kwalifikować jako psychicznie chorych, jako dotkniętych chorobą psychiczną na podłożu przewlekłego alkoholizmu, co jest zgodne ze stanowiskiem psychjatrycznem, a przez co uniknie się powikłań prawnych, które nastręcza kwalifikowanie tego rodzaju chorych jako przewlekłych alkoholików, bez podkreślenia rozstroju psychicznego, którym są dotknięci. Dr. Radziwiłłowicz wskazał dalej źródło nagłego wzrostu liczby przypadków psychoz alkoholowych na klinice, które upatruje w tem, że podczas wojny na terenie b. zaboru rosyjskiego istniał zakaz bezwzględny sprzedaży alkoholu i błogosławione skutki zakazu ujawniły się odrazu w zniknięciu alkoholizmu z życia, szpitali, klinik i sądów. Z ponownem przywróceniem alkoholu we własnem państwie alkohol powrócił do życia, szpitali, klinik i sądów i rośnie z zastraszającą wprost szybkością. Potwierdza wywody Drki Rzeczyckiej danemi, czerpanemi z własnego doświadczenia.

Podkreślam wysoki poziom zarówno referatów, jak i dyskusji, przeprowadzonej nad referatami.

Doc. Dr. med. R. Radziwiłłowicz.

PRACE ORYGINALNE.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski

SPOSTRZEŻENIA PSYCHJATRYCZNE ZAGRANICĄ.

Referat[1]) na posiedzeniu lekarzy w Dziekance w dniu 4. VII. 1925 roku

wygłosił

ALEKSANDER PIOTROWSKI.

Materjału do uwag poniżej spisanych dostarczyły następujące zakłady:[2])

1) Zakład kantonalny (zarazem klinika uniwersytecka) Burghölzli koło Zurychu w Szwajcarji zwiedziłem dnia 15. 4. 25 r.; informował i oprowadzał mnie po zakładzie prof. Bleuler, dyrektor zakładu.

2) Zakład psychjatryczny w Cogoleto koło Genui we Włoszech, zwiedziłem w dniu 18. 4. 25 r., informował i oprowadzał mnie dyrektor Dr. Giovani de Paoli i pp. Dr. Daneo, Dr. de Priore i p. Bianchi.

3) Zakład Psychjatryczny w St. Pierre w Marsylji we Francji, zwiedziłem dnia 22. 4. 25 r.; oprowadzał i informował mnie dyrektor C. Signoret, pozatem naczelny lekarz oddziałów męskich i naczelny lekarz oddziałów żeńskich.

4) Zakład psychjatryczny w Palermo (Sycilja), zwiedziłem dnia 1. 5. 25 r. W nieobecności dyrektora prof. Dr. Giovani Dotto oprowadzali i informowali mnie pp. Dr. Bonasera i Dr. Marguglio.

---

[1]) Według „Sprawozdania z informacyjnej podróży zagranicznej" sporządzonego po myśli uchwały Poznańskiego Wydziału Krajowego z dnia 29. X. 1924 do p. 12 porz. obr. B. IV. i V.

[2]) W powyższych notatkach nie są uwzględnione zakłady mniej ważne pod względem organizacji i urządzeń jako to: Zakład psychjatryczny w Top-Tash koło Skutari w Azji mniejszej, Oddział psychjatryczny w Szpitalu Aleksandra w Zofji (Bułgarja) i oddziały psychjatryczne w Tunisie (Afryka).

Zakład Top-Tash znajduje się w niewielkiej odległości od Skutari na terenie dawniejszego meczetu i mieści się w starych zabudowaniach poklasztornych, dając pomieszczenie ca 600 chorym pochodzacym z Konstantynopola i okolicy.

Jest to jedyny większy państwowy zakład psychjatryczny w Turcji. Wygląd wewnętrzny jest na ogół ponury. Sypialnie są obszerne, czysto utrzymane. O zajęciu pacjentów niema mowy. Chorzy, wizytą zaciekawieni, wykazywali pogodny, zadowolony, przyjazny nastrój; stan odżywienia przedstawiał się dobrze, natomiast odzież była licha. Niektórzy pacjenci okryci byli szmatami, inni prezentowali się nago.

Lekarz dyżurny nie umiał dać informacji tak co do kwestji czysto psychjatrycznych jak co do organizacji i wewnętrznego urządzenia zakładu. Dyrektor (Osman Bey) mieszka w Konstantynopolu i dojeżdża do Top-Tash 2—3 razy w tygodniu.

5) Zakład psychjatryczny w Capo di Chino koło Neapolu zwiedziłem dnia 4. 5. 25 r.; informowali i oprowadzali mnie: dyr. prof. Michele Sciuti i pp. Dr. Ansalone Gerardo i Dr. Ignazio Goffredo.

6) Zakład psychjatryczny St. Onofrio in Campagna koło Rzymu, zwiedziłem dnia 7. 5. 25 r. W nieobecności dyrektora prof. Dr. A. Gianelli informował i oprowadzał mnie Dr. Carlo de Sanctis.

7) Zakład psychjatryczny „Chiarugi" we Florencji, zwiedziłem dnia 10. 5. 25 r.; informował mnie dyr. prof. Dr. Paolo Amaldi, oprowadzał prof. Dr. Giunio Catola.

8) Zakład psychjatryczny Lipotmezö pod Budapesztem, zwiedziłem dnia 22. 9. 1924 r.; informował mnie dyrektor radca ministerjalny Dr. med. Gustaw von Oláh, oprowadzał doc. Dr. Bakody.

9) Zakład psychjatryczny „Am Steinhof" pod Wiedniem zwiedziłem 24. 9. 1924 r., informował mnie dyrektor zakładu prof. Berze, oprowadzał lekarz dyżurny.

* * *

Z wyjątkiem zakładu w Burghölzli urządzonego tylko dla 400 chorych, wszystkie inne wyszczególnione zakłady należą do typu zakładów **wielkich**. Każdy z nich ma pomieszczenie dla przeszło 1000 pacjentów. Najmniejszym z nich jest Lipotmezö (1200 łóżek). Największym jest zakład olbrzym „Am Steinhof" pod Wiedniem, mieszczący 3000 chorych. Reszta zakładów zajmuje miejsce pośrednie. Saint Pierre w Marsylji liczy 1300 miejsc, Capo di Chino koło Neapolu 1500 miejsc, zaklad „Chiarugi" we Florencji przeszło 1600 miejsc, San Onofrio in Campagna koło Rzymu 2000 miejsc, Cogoleto koło Genui przeszło 2000, Palermo 2400 miejsc.

Szpital Aleksandra w Zofji w Bułgarji położony za miastem, ma oddział neurologiczno-psychjatryczny na 100 łóżek, dla 50 mężczyzn i 50 kobiet; jest to zarazem klinika uniwersytecka. Kierownikiem oddziału jest Dr. St. Danadjew. Izolatki (11) stale są zajęte. Pacjenci, cieleśnie i psychicznie zaniedbani, traktowani są nieracjonalnie, bez systemu. Oddział jest urządzony ubogo, prymytywnie, niehygjenicznie; ubikacje są brudne, ciasne; niema się gdzie ruszyć.

Tunezja nie ma ani jednego większego zakładu psychjatrycznego. Zasady nowoczesnej psychjatrji nie są tam zane. Społeczeństwo (arabowie i beduini), pod względem psychjatrycznym zupełnie nieświadome, opiera się oddaniu chorego, nawet niebezpiecznego, do szpitala. Na tem tle powstają często scysje między władzą wykonawczą a publicznością Chorego przetrzymuje się najchętniej w domu, we warunkach najgorszych; niebezpiecznego odstawia się do przytułku „Tekia" (75 łóżek) w Tunisie, przeznaczonego tylko dla muzułmanów. Warunki szpitalne są prymytywne, „średniowieczne". Pacjenta pozostawia się samemu sobie.

Żydzi mają własny oddział dla psychicznie chorych (12 łóżek) w Ariana koło Tunisu, gdzie warunki sanitarne nie są lepsze.

Psychicznie chorych europejczyków oddaje się na 2 tygodniową obserwację do ogólnego szpitala francuskingo w Tunisie (400 łóżek, ca 40 łóżek dla psychicznie chorych), urządzonego zupełnie nowocześnie, skąd chorych potrzebujących koniecznie dłuższej opieki zakładowej przewozi sią do szpitali psychjatrycznych we Francji, mianowicie do St. Pierre — Marsylji, St. Alban — Lozerie, St. Tour — Nicei Rząd francuski buduje wielki zakład psychjatryczny na 1000 łóżek w La Manouba koło Tunisu. Dyrektorem tego zakładu jest mianowany Dr. G. Perrussel z Paryża, który kieruje pracami związanemi z budową i organizacją zakładu.

Zakłady wielkie administrują się **taniej** niż małe. Zakład „Am Steinhof", na 3000 chorych, ma 1 dyrektora i 20 lekarzy. Tymczasem zakłady Burghölzli, Lipotmezö i Capo di Chino, razem mają ca. 3100 chorych, zatem mniejwięcej tę samą ilość co zakład „Am Steinhof". Ilość personalu lekarskiego jest jednakże daleko większa, albowiem dyrektorów jest trzech, lekarzy 40. Odpowiednio powiększone cyfry znajdujemy w dziale administracyjnym. W zakładzie „Am Steinhof" administracją gospodarczą kieruje jeden administrator. Natomiast w trzech zestawionych zakładach administratorów jest trzech. Ilość pomocników biurowych w zakładzie „Am Steinhof" jest większa niż w każdym pojedyńczym zakładzie wyżej wymienionym, lecz znacznie mniejsza, niż liczba urzędników administracyjnych w trzech zakładach razem wzięta.

Zakłady, o których mowa, należą w przeważającej ilości do nowszych, z wyjątkiem Lipotmezö, Burghölzli i St. Pierre w Marsylji. Ostatnio wymienione trzy zakłady należą do starszych; przedstawiają one bowiem przestarzały typ **blokowy** zakładu psychjatrycznego.

Natomiast nowsze zakłady zbudowane są według typu pawilonowego. Pawilony zwykle, lecz nie wszędzie, są ustawione w sposób symetryczny, t. zn. że oś środkową zajmują budynki administracyjne, gospodarcze, warsztaty, maszynerja i t. p. Pawilony szpitalne rozłożone są po obu stronach osi środkowej. Jedna strona przeznaczona jest dla kobiet, druga dla mężczyzn. Najnowszym zakładem który zwiedziłem, jest prowincjonalny zakład „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu, oddany do publicznego użytku 20. lipca 1913. Niektóre z zakładów wymienionych zostały założone wprawdzie na początku przeszłego stulecia, albo jeszcze wcześniej, jak np. zakład w Palermo i zakład we Florencji, jednakże można zaliczać je do zakładów nowoczesnych, albowiem na początku bieżącego stulecia zostały one rozbudowane, rozszerzone i uzupełnione podług systemu pawilonowego.

Należy podkreślić, że wszystkie wzmiankowane powyżej zakłady, a w szczególności pojedyńcze pawilony mimo okalających murów i krat w oknach, przestawiają się zewnętrznie pod względem **estetycznym** bardzo okazale i sympatycznie, a to z tego powodu, że są zbudowane stylowo; ściany i mury pomalowane są biało. Wobec tego w porównaniu z zakładami wyszczególnionymi nasze wielkopolskie zakłady przedstawiają się bardzo niekorzystnie ze względu na nieestetyczny, koszarowy styl budynków i ponury ich wygląd, powodowany surowym, brudnym kolorem ścian.

Już przy wejściu do zakładów wzmiankowanych, wszędzie imponujące wrażenie robi gmach administracyjny z obszernymi przedsionkami i korytarzami, monumentalnemi schodami, licznemi biurami, luksusowo urządzonemi ubikacjami dyrektorów i lekarzy. Nadto, niektóre zakłady, jak zakład w Palermo, zakład Capo di Chino koło Nea-

polu, zakład S. Onofrio koło Rzymu i zakład Chiarugi we Florencji mają bogate archiwa, muzea antropologiczne z wartościowymi preparatami anatomicznymi, **bogato** wyposażone laboratorja chemiczne, pracownie dla badań naukowych, anatomo - patologicznych, gabinety z najnowszymi przyrządami do terapji fizykalnej, jak elektroterapja, balneoterapja itd., zasobne w dzieła naukowe bibljoteki lekarskie i czytelnie dla lekarzy, w których są wyłożone czasopisma zawodowe w różnych językach i nie było tylko pisma polskiego; odtąd jednakże są wyłożone Nowiny Psychjatryczne. Wypada wspomnieć o tem, że niektóre zakłady, jak np. Gogoleto kolo Genui i S. Onofrio koło Rzymu posiadają misternie skonstruowany miniaturowy odlew zakładu, rozłożony pod szkłem na obszernym stole; przy pomocy tego planu plastycznego przybysz bardzo łatwo może się zorjentować w sytuacji.

Co się tyczy administracji, to z wyjątkiem zakładu w S. Pierre w Marsylji we Francji, o którym będzie później mowa, organizacja administracji i praktyka lekarsko - psychjatryczna w zasadzie we wszystkich wymienionych zakładach prawie jest ta sama i zachodzą tylko pewne odchylenia lokalne.

* * *

We Włoszech opieka państwowa psychjatryczna uregulowana zostala ustawą o zakładach psychjatrycznych, ogłoszoną 14. lutego 1904 r., oraz regulaminem wykonawczym do ustawy. W ustawie tej opiekę społeczną i państwową nad psychicznie chorymi ujęto wszechstronnie i wyczerpująco. Pozatem organizację wewnętrzną zakładu, tak sanitarną jak administracyjną, uregulowano osobnymi przepisami zawartymi w t. zw. regulaminach, mianowicie:

a) w „regulaminie organicznym“,
b) w „regulaminie specjalnym“.

Nowszy „regulamin organiczny“ np. zakladu „Chiarugi“ we Florencji, wydany dla personalu sanitarnego, administracyjnego i dla służby niższej, zatwierdzony przez „radę prowincjonalną“ uchwałą z dnia 25. lipca, uchwałą z dnia 13. października i 22. grudnia 1924 r. jakoteż uchwałą „prowincjonalnej komisji administracyjnej“ na posiedzeniu w dniu 3 grudnia 1924 r. i 14. stycznia 1925 r. w decyzjach nr. 2314 i 68, obejmuje w 7-miu rozdziałach z 50-cioma artykułami całokształt obowiązków i praw personalu zakładu. W rozdziale 8, w 18 artykułach, są wyszczególnione przepisy, ilustrowane 10 tablicami, dotyczące poborów urzędniczych, emerytur, grosza wdowiego i sierocego. Z regulaminu tego dowiadujemy się m. in., że urzędnicy działu administracyjnego, mianowicie buchhalter i ekonom, w swoich funkcjach zależni są od „delegata i deputacji prowincjonalnej“. W sprawach książkowości urzędnicy wymienieni stoją pod nadzorem „głównego prowincjonalnego urzędnika książkowości“, w sprawach gospodarczych podlegają dyrektorowi, po myśli art. 28 regulaminu wykonawczego do ustawy psychjatrycznej z dnia 4. lutego 1904 r. Pod względem dyscyplinarnym buchalter podlega „generalnemu sekretarzowi prowincji“,

ekonom natomiast dyrektorowi zakładu . Buchalter ma do swojej dyspozycji dwuch pomocników. Ekonom rozporządza osobnemi siłami pomocniczemi: wspierają go podekonom, dwaj aplikanci i stenotypistka. Buchalter jest odpowiedzialnym za prawidłowy bieg administracji zakładu i działa pod kierownictwem i nadzorem „głównego sekretarza prowincji". Ekonom jest kierownikiem działu gospodarczego, a jego obowiązki wypływają z „regulaminu specjalnego". Tak samo obowiązki pozostającego personału ustalone są „regulaminem specjalnym".

Kompetencje dyrektora określa art. 4 ustawy o zakładach psychjatrycznych z dnia 14. lutego 1904 r. i art. 28 regulaminu wykonawczego do wzmiankowanej ustawy jako też „regulamin specjalny". Stanowisko dyrektora i posady lekarzy prymarjuszy bywają obsadzane przez „radę prowincjonalną" w drodze publicznego konkursu. Inni urzędnicy służby sanitarnej otrzymują nominację od „deputacji prowincjonalnej" na propozycję dyrektora. Przepisy tyczące nominacji personału są zawarte w art. 17, 18, 22, 24, 26 regulaminu wykonawczego do ustawy o zakładach psychjatrycznych z dnia 14. lutego 1904 r.

Starszy „regulamin organiczny" zakładu psychjatrycznego w Palermo, zatwierdzony dnia 6. lipca i 23. listopada 1907 r. przez „komisję prowincjonalną opieki społecznej" ze zmianami proponowanemi przez „wyższą radę zdrowia" obejmuje w 8 rozdziałach i 111 artykułach przepisy dotyczące wewnętrznej służby w zakładzie, służby administracyjnej, sanitarnej, pielęgniarskiej i gospodarczej, odpowiednio do tego, personał dzieli się na 3 grupy, na personał administracyjny, tabela A., na personał sanitarny wyższy, tabela B., na personał sanitarny średni i niższy, tabela C. Do tabeli pierwszej zalicza się urzędników administracyjnych, którzy podlegają „radzie" administracyjnej". Wyższy i niższy personał sanitarny podlega dyrektorowi. Personał administracyjny otrzymuje nominacje od „rady administracyjnej". „Nadintendent" jest naczelnikiem administracji zakładowej, podlega „radzie administracyjnej" i jej prezydentowi. Posiada on pełen autorytet i odpowiedzialność za urzędników administracji i ekonomji, jakoteż wykonywa władzę dyscyplinarną nad personałem jemu podległym i ma stałe mieszkanie w zakładzie.

Dyrektor zakładu ma pełny autorytet we wewnętrznej służbie sanitarnej, wykonuje nadzór w dziale ekonomicznym szpitalnym, posiada władzę dyscyplinarną nad podwładnym mu personałem, jest odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie służby wewnętrznej i za ścisłe wykonywanie przepisów ustawy z dnia 14. lutego 1904 r., mianowicie nr. 36, jakoteż odnośnego regulaminu wykonawczego. W artykule 47a cytowanego „regulaminu organicznego" wyszczególnione są bardzo dokładnie wszystkie funkcje sanitarne, a w artykule 46b ustalone są kompetencje dyrektora w zarządzie gospodarczym zakładu. Artykuł 48 precyzuje zakres nadzoru sanitarnego, artykuł 49 przyznaje dyrektorowi stałe mieszkanie w zakładzie psychjatrycznym i głos doradczy w „radzie administracyjnej" w sprawach techniczno - sanitar-

nych. Artykuł 50 przewiduje zastępstwo dyrektora przez lekarza prymarjusza we wszystkich sprawach służbowych obowiązujących dyrektora z wyjątkiem spraw wskazanych artykułem 47 literą M. W dalszych artykułach „regulaminu organicznego" jest mowa o kompetencjach i obowiązkach zastępcy dyrektora, lekarzy oddziałowych i lekarzy prymarjuszy, lekarzy asystentów, lekarza dyżurnego, chirurga i okulisty, o służbie w pracowniach naukowych, o służbie aptekarskiej, o służbie sekretarza przy dyrektorze, o służbie personalu pielęgniarskiego wyższego i niższego. Rozdział 8 wreszcie traktuje o kompetencjach i obowiązkach personalu administracyjnego zatrudnionego w służbie wewnętrznej.

„Regulamin specjalny" zakładu „Chiarugi" we Florencji zawiera w 9 rozdziałach i 162 artykułach przepisy w zakresie działalności władzy nadzorczej, dyrekcji, lekarzy i innych urzędników. Z artykułu 2 wzmiankowanego rodziału dowiadujemy się, że „prezydent deputacji prowincjonalnej" zastępuje „urząd opieki społecznej" we wszystkich aktach cywilnych i administracyjnych. Artykuł 3. ustala, że administracja zakładu psychjatrycznego powierzona jest „radzie prowincjonalnej", która zarządza zakładem przez „deputację prowincjonalną". Deputacja ta naznacza co dwa lata „delegata prowincjonalnego" i dwuch zastępców wybranych zawsze z pomiędzy członków deputacji albo z pomiędzy radców prowincjonalnych. Zastępcy są obowiązani spółdziałać albo też zastępować delegata w administracji zakładu. Z dalszych artykułów dowiadujemy się o sprawach podlegających kompetencji „rady prowincjonalnej", o kompetencjach i obowiązkach deputacji prowincjonalnej i delegata prowincjonalnego. Rozdział 2 obejmuje przepisy tyczące dyrekcji i personalu sanitarnego; czytamy w art. 12, że dyrektor jest najwyższym chierarchicznym autorytetem nad całym personałem służby wewnętrznej zakładu, stosownie do art. 4 ustawy z dnia 14. lutego 1904 r. i jest zależnym od deputacji i od delegata prowincjonalnego. Dalej dowiadujemy się o szczegółach zastępstwa dyrektora, o kompetencjach i obowiązkach lekarzy oddziałowych i lekarzy praktykantów jakoteż o funkcjach aptekarza. Rozdział 3 wyszczególnia dokładnie i drobnostkowo wszystkie sprawy należące do służby administracyjnej, mówi o kompetencjach sekretarjatu, administracyji prowincjonalnej, o książkowości zakładowej, o służbie gospodarczej, o kasowości, o godzinach służbowych personalu administracyjnego. Rozdział 4 traktuje o służbie technicznej, rozdział 5 o duszpasterstwie, rozdział 6 o służbie pielęgniarskiej i przewiduje w licznych artykułach w sposób ścisły, szczegółowy i drobnostkowy wszelkie obowiązki z osobna dla każdej kategorji służby pielęgniarskiej. Rozdział 7 obejmuje przepisy tyczące urlopów dyrektora, lekarzy i personalu, określa warunki zwolnienia personału, omawia środki dyscyplinarne, które mogą być zastosowane względem personału i przewiduje dla tych celów osobną „radę dyscyplinarną". Rozdział 8 wspomina o kasie, z której się wynagradza pacjentów pracujących, a w rozdziale 9 wreszcie jest mowa o pacjentach; tych dzieli się na chorych komunalnych

i klasowych. Podobnie, lecz zwięźlej, bo tylko w 4 rozdziałach i 45 artykułach traktuje przedmiot „regulamin specjalny" zakładu psychjatrycznego w Palermo, uchwalony przez „radę administracyjną" na posiedzeniu w dniu 5. lipca 1916 r. i zatwierdzony przez wyższą radę zdrowia w dniu 19. grudnia 1918 r. Rozdział 1 poświęcony jest organizacji służby, z rozdziału 2 dowiadujemy się o warunkach nominacji i promocji personału sanitarnego wyższego i niższego, rozdział 3 zawiera przepisy dyscyplinarne i przewiduje radę dyscyplinarną tak samo jak cytowany „regulamin specjalny" zakładu „Chiarugi" we Florencji. Wreszcie w rozdziale 4 są unormowane godziny służbowe.

Przytoczyłem dla ilustracji niektóre tytuły z czterech regulaminów, 2 organicznych i 2 specjalnych, obowiązujących w dwuch zakładach, mianowicie we Florencji i w Palermo. Regulaminy te różnią się co do formy, tj. pod względem zewnętrznym. Redakcja i ujęcie przedmiotu jest inna w regulaminach zakładu we Florencji i inna w regulaminach zakladu w Palermo. W kwestji zasadniczej jednakże wzmiankowane regulaminy zawierają jednakową treść, albowiem opierają się na tej samej podstawie, tj. na ustawie o zakładach psychjatrycznych z dnia 14. lutego 1904 r. i na regulaminie wykonawczym do tej ustawy.

Ustawa ta w regulaminie ogólnym (5. III. 1905) przepisuje, że personał pielęgniarski wyższy i niższy w zakładach psychjatrycznych winien wykazać, że brał udział w kursach pielęgniarskich i złożył egzamin. Odpowiednie kursy odbywają się w każdym zakładzie psychjatrycznym.

Z regulaminów powyżej przytoczonych, dowiadujemy się jeszcze że zakłady prowincjonalne we Włoszech podlegają komisji **„Il Consiglio Provinciale di Amministrazione"**, na której czele stoi prezydent i trzech lub czterech radców. Odpowiadałoby to mniejwięcej urządzeniom Starostwa Krajowego.

Na czele zakładu stoi psychjatra jako dyrektor, na czele zarządu gospodarczego stoi administrator (buchhalter, ekonom, nadintendent), który w zarządzeniach swoich kieruje się intencjami dyrektora.

Służba lekarska w zakładach wymienionych jest dobrze zorganizowana i odpowiada w znacznej części wymaganiom praktyki zakładowej. Liczba lekarzy jest dość znaczna. Zakład „Chiarugi" we Florencji na 1600 chorych ma 10 lekarzy, zakład S. Onofrio koło Rzymu na 2000 chorych 10 lekarzy, zakład Capo di Chino koło Neapolu na 2400 chorych ma 15 lekarzy. Wypada nadmienić, że nie wszędzie dyrektor i lekarze mieszkają w zakładzie. Stale w zakładzie przebywa lekarz dyżurny. Dyrektor i inni lekarze dochodzą do zakładu na godziny służbowe. Tylko w niektórych miejscowościach dyrektor ma mieszkanie w zakładzie, np. w Cogoleto, Palermo, Neapolu, Florencji. Dyrektorzy zakładów w Cogoleto, Florencji, Palermo mieszkają w gmachach administracyjnych. Dyrektor zakładu Capo di Chino koło Neapolu zamieszkuje wspaniały piętrowy pałac o 24 pokojach, położony

na terenie zakładu. Ponieważ dyrektorzy i lekarze wykonują praktykę prywatną, więc stanowisko ich materjalne jest bardzo korzystne.

Zakłady psychjatryczne we Włoszech położone w bliskości miast uniwersyteckich służą równocześnie celom uniwersyteckim, **a dyrektorzy i lekarze są profesorami.** (Zakład w Palermo — Dyrektor prof. Dr. Dotto, zakład Capo di Chino koło Neapolu — Dyrektor prof. Dr. Sciuti, zakład „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu — Dyrektor prof. Dr. Gianelli, prymarjusz prof. Dr. Bonfiglio, zakład „Chiarugi" we Florencji — Dyrektor prof. Amaldi, prymarjusz prof. Dr. Catola i. i.) W bogato urządzonych pracowniach naukowych lekarze mają dużo sposobności do badań naukowych, dla tego też nauka psychjatryczna w tych zakładach kwitnie i postępuje naprzód.

Praktyka psychjatryczno - lekarska wewnętrzna w zakładach, o których mowa, stosuje się według zasady ogólnie rozpowszechnionej. Zakłady otoczone są wysokimi murami, tak samo pawilony dla niespokojnych pacjentów, których wypuszcza się tylko na niezbyt obszerne gołe podwórko obmurowane (Palermo). Do innych pawilonów przylegają małe ogródki okolone wysokim drucianym płotem (Cogoleto, Neapol). W ogródkach tych przechadzają się chorzy. Ogródki takie robią wrażenie klatek, jakie się widzi w ogrodach zoologicznych dla ptactwa. Okna są zakratowane. Pawilony posiadają izolatki z przymocowanemi do podłogi łóżkami (Neapol), w których się izoluje pacjentów niespokojnych i głośnych; prawie wszystkie izolatki są stale zajęte. Dalej używa się przyrządów do mechanicznego ubezwładnienia ruchliwych chorych, jak kaftany bezpieczeństwa, albo chorych przywiązuje się w kaftanach do krzeseł (Palermo), albo do łóżek (Rzym) albo wreszcie trzyma ich się pod obserwacją w ciemnych izolatkach. (Palermo).

Mury i kraty nie robią na chorych ani na przechodniów zbyt ujemnego wrażenia, albowiem publiczność włoska jak wogóle ludność zamieszkująca kraje położone nad morzem śródziemnem, do murów i krat jest przyzwyczajona, bo domy prywatne tubylców przeważnie otoczone wysokimi murami, a okna prawie regularnie są zakratowane, nie tylko na parterze, ale także na piętrach. Jeżeli więc tego szczegółu nie potrzeba akcentować jako objawu ujemnego w zewnętrznym wyglądzie zakładów włoskich, to jednak należy podkreślić fakt, że u nas wysokie mury i kraty przedstawiają w pierwszym rzędzie cechę więzienia i stanowią niepotrzebne oszpecenie szpitala, które nie powinno mieć miejsca.

Na wyszczególnienie zasługuje fakt, że w zakładach włoskich kładzie się wielką wagę na przyprawianie potraw. Personał kuchenny specjalnie jest wykwalifikowany. Kuchnia znajduje się pod zarządem męskim, tj. kucharza, jego personał pomocniczy jest także męski. Chorzy otrzymują rano kawę, czekoladę, mleko, 2 śniadanie o 12 godzinie jest obfite, tak samo obiad o 6 godzinie. Kiszki są z programu wykreślone. Natomiast ważny czynnik pożywienia stanowi czekolada, którą się po daje wszystkim chorym, klasowym i komunalnym w różnej formie, na drugie śniadanie często jako dodatek w kawałkach. Pieczywo pochodzi z własnej piekarni zakładowej, jest zawsze świeże i smaczne. Przy-

gotowanie pokarmu dla chorych i pracę w piekarni miałem sposobność obserwować m. in. w Cogoleto.

Zakład **Cogoleto** koło Genui zasługuje na wyszczególnienie ze względu na swoje celowo i hygjenicznie urządzone warsztaty pracy tak dla mężczyzn jak dla kobiet, w których liczni chorzy znajdują zajęcie.

Nowoczesny zakład w Cogoleto zbudowany w r. 1908 mogący dać pomieszczenie 2400 pacjentom, jest bardzo obszerny i posiada 45 pawilonów przeznaczonych dla celów szpitalnych i 16 budynków dla celów administracyjnych, gospodarczych i mieszkalnych. Budynki nie są ustawione systematycznie, lecz porozrzucane na terenie górzystym nad morzem. Położenie zakładu jest bardzo piękne. Okolica zdrowa, powietrze zawsze łagodne, nie gorące, czyste, górskie. Ubikacje warsztatowe, mianowicie dla pracy przy maszynach, są obszerne, położone na parterze, mają dużo światła i powietrza. Warsztaty w rodzaju szwalni, tkalni, itp. są umieszczone w jasnych obszernych salach.

Pacjenci w zakładach włoskich dzielą się na dwie kategorje, na pacjentów komunalnych i klasowych. **Opłatę** za pacjentów komunalnych uskutecznia prowincja wzgl. komuna. Opłata ta nie jest jednolicie uregulowana i w każdym zakładzie jest inna. W Palermo za komunalnych opłata wynosi ca 1,55 zł, w Neapolu ca 3 zł, w Rzymie ca 4 zł, we Florencji ca 2,50 zł. Tak samo opłata za pacjentów klasowych różni się od zakładu do zakładu. W Palermo opłata za I. kl. wynosi ca 9 zł, II. kl. = ca 5 zł, III. kl. = 3,35 zł, we Florencji I. kl. wynosi ca 8 zł, II. kl. 7 zł (?); w Capo di Chino jest tylko jedna klasa = 3 zł.

Od zakładów włoskich pod względem organizacji wewnętrznej nie różni się zasadniczo zakład szwajcarski Burghölzli.

Kantonalny zakład w **Burghölzli** koło Zurychu jest zarazem kliniką uniwersytecką. Dyrektorem zakładu jest lekarz — psychjatra (prof. Bleuler); odpowiedzialny za administrację zakładu jest administrator. Zakład podlega „dyrekcji urzędu zdrowia“ w Zurychu.

Jako klinika uniwersytecka zakład Burghölzli jest bardzo bogato wyposażony w pracownie naukowe. Personał sanitarny jest nadzwyczaj liczny. Na 400 chorych w zakładzie pracuje 14 lekarzy, a stosunek personału pielęgniarskiego do chorych przedstawia się jak 1:5 (w Dziekance obecnie na oddziale dla kobiet stosunek ten wynosi 1 : 13).

I w Burghölzli znajdujemy mury, kraty i cele. Jako inowację techniczną pokazał prof. Bleuler mechanizm dopływowy dla gorącej wody na kąpiele. Kurek nie znajduje się na widocznem miejscu nad wanną lecz jest schowany, zamknięty we framudze wmurowanej i dostępny tylko personałowi kąpielowemu, który posiada klucz do tego mechanizmu. Tym sposobem chory znajdujący się w wannie, nie może mechanizmu otworzyć, nie może dolać gorącej wody, tem samem niebezpieczeństwo poparzenia się chorego z własnej winy jego jest wykluczone. Jakkolwiek Dziekanka takich nowoczesnych technicznych

urządzeń nie posiada, to jednakże i tutaj niebezpieczeństwo poparzenia się chorego gorącą wodą w wannie nie istnieje, albo jest zredukowane do minimum ze względu na to, że personał dozorujący przy kąpieli jest odpowiednio instruowany i ma obowiązek skrupulatnego dozorowania chorego, jakoteż istnieje zakaz dolewania gorącej wody do wanny podczas przebywania pacjenta w kąpieli.

Wysoko pod względem urządzeń stoi zakład węgierski **Lipotmezö;** pod względem praktyki psychjatrycznej stosuje się w nim w ogólności tę samą zasadę, co w innych zakładach. Wypada przedewszystkiem podkreślić, że jedzenie dla chorych jest bardzo obfite, urozmaicone i bardzo smacznie przyprawione, a na szczególną uwagę zasługuje fakt, że pacjentom komunalnym nie podaje się jedzenia według systemu wojskowej kuchni polnej, t. z. wszystko razem gotowane i podane w wielkich miskach, lecz podaje się w tej samej formie co pacjentom klasowym, t. zn. w kilku daniach i na talerzach.

Ten sposób podawania pokarmu pacjentom komunalnym referent przejął z zakładu w Lipotmezö i od pół roku podaje się w Dziekance pacjentom komunalnym jedzenie na talerzach w dwóch albo trzech daniach tj. zupę, mięso i jarzynę albo leguminę, albo kompot, a nie jako mieszankę w miskach. Nowy sposób podawania został przyjęty przez pacjentów z wielkiem zadowoleniem, choć by już z tego powodu, że chorzy mają wrażenie, iż ogólna porcja jest większa.

Osobne miejsce w rozważaniach niniejszych zajmuje zakład **St. Pierre w Marsylji** (Francja), albowiem instytucja ta jset zorganizowana na innej zasadzie, aniżeli zakłady poprzednio wymienione. Opieka nad psychicznie chorymi we Francji jest uregulowana ustawą psychjatryczną z r. 1838, która należy do najstarszych ustaw psychjatrycznych w Europie. Dlatego w porównaniu z ustawą włoską z roku 1904 jest ona przestarzała.

Zakłady psychjatryczne we Francji w przeważającej większości nie są administrowane przez psychjatrów, lecz przez niefachowców, przez osoby bez wykształcenia medycznego i psychjatrycznego. Często posada dyrektora zakładu psychjatrycznego uważana bywa jako synekura dla zasłużonego polityka, albo prefekta departamentu. Dyrektor zakładu jest tylko administratorem i niczem więcej. Lekarz psychjatra na administrację zakładu niema wpływu. Szpital psychjatryczny podzielony jest na sekcje. Każda sekcja przedstawia samodzielną jednostkę sanitarną; na jej czele stoi lekarz psychjatra jako „médicin en chef". To też w każdym zakładzie psychjatrycznym jest tyle szefów lekarzy ile oddziałów.

System ten jest także stosowany w zakładzie psychjatrycznym St. Pierre w Marsylji, który zwiedziłem jedynie w tym celu, ażeby się przekonać naocznie o praktyczności i o pożyteczności dla psychjatrji systemu wzmiankowanego. Kierownikiem zakładu jest dyrektor niefachowiec. Pozatem czynnych w zakładzie jest trzech psychjatrów w charakterze „médecin en chef". Każdy lekarz ma do pomocy asysten-

ta. Zakład St. Pierre w Marsylji nie zrobił na mnie korzystnego wrażenia. Krytyka moja jednakże nie zwraca się przeciwko osobom, lecz przeciwko tamtejszym stosunkom. Podkreślam, że tak dyrektor zakładu, p. Signoret, (jedyny kierownik, który na moje piśmienne zgłoszenie się, że zamierzam zakład zwiedzić, przysłał mi zaproszenie na zwiedzenie zakładu) jak i lekarz naczelny oddziału męskiego i lekarz naczelny oddziału żeńskiego zrobili na mnie wrażenie ludzi poważnych, którzy dokładają wszelkich sił, ażeby zakład postawić na możliwie wysokim poziomie szpitalnym. Jeżeli im to się nie udało, nie jest to ich wina, lecz wina systemu. Wymienieni panowie przyjęli mnie z wielką uprzejmością i serdecznością i z całą gotowością informowali mnie o wszystkiem, co wiedzieć pragnąłem. Ten stosunek osobisty pozostawił w mojej pamięci najmilszy obraz wspomnieniowy. Nie mogę tego powiedzieć o zakładzie.

Wprawdzie wygląd zewnętrzny zakładu, mianowicie głównego gmachu administracyjnego i pięknych wil lekarskich jest wspaniały. Obszerny hal w gmachu głównym z monumentalnemi drzwiami prowadzącemi do pokoi urzędowych lekarzy szefów robi imponujące wrażenie. Atoli urządzenia wewnętrzne na oddziałach chorych wywołują krytykę.

O zakładzie informował mnie najprzód p. dyrektor Signoret. Jednakże informacje jego były ograniczone, p. dyrektor umiał informować tylko o sprawach biurowych administracji zakładowej. M. in. dowiedziałem się, że pacjentów dzieli się na 6 klas: pacjenci „hors-classes" płacą dziennie ca 11,70 zł, „exceptionels" płacą ca 7,75 zł, pacjenci I. kl. płacą dziennie ca 6 zł, II. kl. ca 4,25 zł, III. kl. ca 3,75 zł; za pacjentów komunalnych płaci komuna ca 3 zł; pacjenci komunalni dostają 2—3 dania na obiad. O kwestjach wewnętrznej służby psychjatryczno - lekarskiej dyrektor nie mógł mi dać żadnej wiadomości i musiał poprosić p. Dr. Wahla o ściślejsze informacje, atoli p. Dr. W. odpowiadał na szczegółowe pytania tylko o tyle, o ile odnosiły się do jego oddziału męskiego; natomiast nie umiał dać żadnych informacji o innych oddziałach i nie mógł także dać informacji, jeżeli chodziło o sprawy oddziałowe, które sięgały w dziedzinę administracyjną. Trzeba się było zatem znowu udać po informację do dyrektora. Informacje z działu czysto lekarsko - psychjatrycznego zostały uzupełnione szczegółami z oddziału dla kobiet, gdy przybył naczelny lekarz tegoż oddziału. Mimo, że wiadomości o zakładzie St. Pierre pochodzą od trzech informatorów, nie są one tak wyczerpujące jak informacje z innych zakładów. Każdy lekarz ma ograniczony tylko zakres działalności i nie troszczy się o to, co się dzieje za ścianą, u sąsiada; w swoim zakresie jest jednak samodzielny i niezależny. Takie rozluźnienie organicznych części wpływa oczywiście ujemnie na rozwój zakładu, albowiem brak przewodniej myśli psychjatrycznej, niema też jednolitego planu. Żaden z tych panów nie objął całokształtu organizacji i potrzeb zakładu psychjatrycznego. Jest to zrozumiałem,

skoro uwzględnimy fakt, że nikt nie może interesować się sprawami, co do których nie ma odpowiednich ingerencji i kompetencji. Jak dyrektor niepsychjatra może się starać o rozwój szpitala psychjatrycznego, jeżeli nie wyczuwa, (a nie może wyczuwać, gdyż niema do tego odpowiedniej fachowej podstawy i rzeczowych kwalifikacji) braków i postulatów psychjatryczno - zakładowych? Jak lekarz oddziałowy może pchnąć naprzód rozwój szpitala psychjatrycznego, jeżeli jego działalność jest ograniczona tylko do zabiegów lekarskich względem pacjentów znajdujących się na jego oddziale? A choćby nawet chciał zaprowadzić na swoim oddziale jakąkolwiek inowację, to napotka z pewnością na sprzeciw dyrektora niefachowca, jeżeli ten nie zrozumie potrzeby takiej inowacji i odmówi wsparcia ze względów choćby tylko fiskalnych. Jeżeli zaś jeden lekarz zaprowadzi na swoim oddziale pożyteczną inowację, a inny lekarz u siebie tego nie zrobi z jakichkolwiek powodów, to między poszczególnymi oddziałami mogą powstać takie różnice zasadnicze, że zakład zatraci zupełnie charakter jednolity. Zakład St. Pierre ma liczne urządzenia fizykalno-terapeutyczne. Są one jednak rozłożone nieracjonalnie, niepraktycznie, niewygodnie, porozrzucane bez planu, w małych ciasnych ubikacjach. Chorzy głośni i ruchliwi bywają przetrzymywani w małych, ciasnych, ciemnych komórkach o oknach zakratowanych, w których znajduje się na środku przymocowane łóżko w kształcie pudła z drzewa, wyłożonego słomą, w którem pacjent w razie potrzeby wypoczywa; innych pacjentów niespokojnych trzyma się w ciepłej kąpieli w zamkniętej wannie z otworem tylko dla głowy. W niektórych ubikacjach, mianowicie tam, gdzie jest dużo pacjentów zanieczyszczających się moczem i kałem, zaduch utrudnia oddechanie. W dniu, w którym zakład zwiedziłem, na oddziale kobiecym znajdowało się 48 pacjentek stale zanieczyszczających się. W takich warunkach powstają łatwo odleżyny; nie dziw więc, że na oddziale żeńskim znajduje się dziennie 4—5 przypadków z odleżynami (w Dziekance zanieczyszczań i odleżyn niema prawie wcale); to też ogólny stan hygjeniczny w zakładzie St. Pierre nie jest tak pomyślny, jak by mógł być; odsetka śmiertelności wynosi 9%.

Podczas mojej bytności w zakładzie St. Pierre przekonałem się, że mylą się ci, którzy spodziewają się lepszego prosperowania zakładów, gdy na czele zakładu stanie kierownik niepsychjatra. System stosowany w Niemczech, w Szwajcarji, we Włoszech, w Austrii, w Czechosłowacji, na Węgrzech, w Polsce, gdzie dyrektorem zakładu jest z reguły fachowiec, tj. lekarz psychjatra, jest odpowiedniejszy, praktyczniejszy i korzystniejszy dla sprawy psychjatrycznej, albowiem całokształt spraw szpitalnych i psychjatrycznych znajduje się w jednem ręku; doświadczony dyrektor fachowiec lepiej orjentuje się w potrzebach i w brakach zakładu, może działać planowo, systematycznie, przystosować formę administracji do treści zakładu, tj. do potrzeb i postulatów psychjatrycznych. W służbie wewnętrznej niema rozbieżności, albowiem dyrektor daje inicjatywę i wykreśla kierunek, w którym praktyka ma kroczyć, a myśl psychjatryczna się rozwijać.

Tam, gdzie na pierwszym planie stoją względy administracyjne, sprawa psychjatryczna schodzi na plan drugi, co nie może wyjść na korzyść chorym.

Zupełnie inny obraz przedstawiały zakłady włoskie.

Dla ilustracji pewnych szczegółów załączam w następujących ustępach krótki szkic opisowy trzech wybitniejszych zakładów nowoczesnych i wymieniam:

1) zakład w Palermo jako wzór zakładu powstałego przez przebudowanie i uzupełnienie innego instytutu (pojezuickiego),

2) zakład „S. Onofrio in Campagna“ koło Rzymu jako zakład najnowszy,

3) zakład „Am Steinhof“ pod Wiedniem jako zakład olbrzym.

Zakład w Palermo został założony w roku 1824. W nowszych czasach okazał się niewystarczającym dla zwiększającej się liczby chorych, dla tego wybudowano nowy zakład.

Nowy zakład powstał na początku bieżącego stulecia w odległości 1 kilometra od Palermo, nad drogą prowadzącą do znanych katakomb kapucyńskich i roztacza się na gruntach pojezuickich „Vignicella“, na obszarze obejmującym 210 000 metrów kwadratowych. Do zakładu wchodzi się przez bramy w głównym gmachu administracyjnym na ulicy Pindemonte, od której prowadzi szeroka aleja, długości 800 metrów, w głąb terenu zakładowego. Po stronie lewej głównej drogi wznosi się na pierwszym planie pawilon dla chorych spokojnych, na drugim planie willa pensjonarska, następnie klinika i znowu willa dla pensjonarzy, poczem następują dwa pawilony przeznaczone dla paralityków, dla chorych zanieczyszczających się i dla dzieci. Prawa strona drogi zajęta jest przez zakład zamknięty, w którym znajdują się pawilony dla chorych podnieconych. Środkowy odcinek drogi głównej przechodzi przez ładny plac, gdzie wznosi się elegancki gmach dla pacjentów nowo przyjętych. Za tym gmachem znajduje się czworoboczna przestrzeń zamknięta po bokach budynkami szpitalnymi (lazaret), dla mężczyzn po lewej stronie, a dla kobiet po prawej. Od tego czworobocznego miejsca, które leży w samym środku terenu, roztacza się ku wyżynom część zakładu, składająca się z 8 pawilonów, ustawionych w dwuch szeregach i przeznaczona dla mężczyzn, a ku nizinie ciągnie się część zakładu przeznaczona dla kobiet. Wszystkie pawilony połączone są korytarzami; małe wozy rozwożą na szynach pożywienie do poszczególnych oddziałów i różne przedmioty życia gospodarczego. Stara fabryka pojezuicka przemieniona została na oficynę i na kolonję rolniczą.

Gmach administracyjny ma dwa piętra. Na parterze znajdują się biura. Na pierwszym piętrze mieszka dyrektor i inspektor; pozatem jest tam szereg pokoi przeznaczonych dla rady administracyjnej. Drugie piętro zawiera mieszkania vicedyrektora, ekonoma i innych urzędników.

Oddział dla pacjentów nowo przyjętych mieści się w wielkim gmachu, 72 metry długim, podzielonym na dwie sekcje: sekcja dla

mężczyzn znajduje się u góry, sekcja dla kobiet na dole; pozatem na parterze leżą ubikacje lekarskie, biura inspektoratu, łazienki dla nowo przyjętych pacjentów, sala dzienna, jadalnia i pokoje gościnne. Sypialnie znajdują się na piętrach. Część środkowa gmachu zawiera pracownie naukowe i pokój lekarza dyżurnego.

Oddział dla chorych spokojnych składa się z 4 pawilonów położonych niedaleko budynku przeznaczonego dla pacjentów nowo przyjętych. Każdy z nich zawiera na parterze sale dzienne i sypialnie, a na piętrze sypialnie, szatnie i pokój lekarski.

Oddział dla półspokojnych wznosi się obok oddziału dla spokojnych i mieści się w dwuch pawilonach o identycznej budowie jak domy dla spokojnych.

Oddział dla niespokojnych składa się z 2 pawilonów. Pawilony dla niespokojnych mężczyzn są połączone dwoma korydarzami, do których przytykają izolatki. Pawilony dla kobiet połączone są jednym podłużnym korydarzem. Każdy pawilon zawiera dwie sypialnie, salę dzienną i refektarz. Izolatki wychodzą na podwórko.

Urządzenia leczniczo - kąpielowe rozdzielone są na dwa pawilony, dla niespokojnych mężczyzn i kobiet; w sali kąpielowej znajduje się 12 wanien. Dalej jest sala dla kąpieli leczniczych, sala dla stosowań hydropatycznych z przyrządami do natrysków strumieniowych i do natrysków deszczowych.

Szpitale dla cieleśnie chorych mają na parterze oddział chirurgiczny z salą operacyjną, salą opatrunkową, salą, w której są przechowane instrumenty oraz umywalnie. Na piętrze mieści się oddział dla chorych wewnętrznych, obejmujący dwie sypialnie, pomiędzy któremi znajduje się sala dzienna.

Oddział dla zanieczyszczających się, dla paralityków i dla dzieci obejmuje dwa pawilony parterowe, położone na końcu aleji głównej po lewej stronie.

Każdy pawilon składa się z części środkowej i dwuch skrzydeł i zawiera refektarz, cztery sypialnie i dwie sale dzienne, łazienki i pokoiki do izolowania chorych.

Wille, dwupiętrowe, dla pacjentów klasowych, położone są po lewej stronie głównej aleji; jedna willa urządzona dla mężczyzn, a druga dla kobiet. Na parterze znajdują się sale dzienne, refektarz, pokój przyjęć. W tylnej części urządzony jest przytułek dla chroników. Na piętrze są pokoje sypialne.

Budynek gospodarczy ma trzy piętra. — Na parterze znajduje się kuchnia, śpiżarnia, apteka, biuro gospodarcze. Na pierwszem piętrze są mieszkania dla sióstr, na drugiem piętrze szatnie i pracownie kobiece.

Zakład w Palermo wydaje czasopismo „Il Pisani“ poświęcone sprawom psychjatrycznym (tak jak Dziekanka wydaje Nowiny Psychjatryczne). „Il Pisani“ bywa wysyłany do Dziekanki w zamian za Nowiny Psychjatryczne i będzie drukował prace naukowe z Dziekanki, tak jak Nowiny Psychjatryczne drukują prace ze zakładu w Palermo.

Nowszym od zakładu w Palermo jest zakład S. Onofrio. Jest to w ogóle najnowszy zakład.

Prowincjonalny Zakład Psychjatryczny „**S. Onofrio in Campagna**" koło Rzymu był oddany do użytku publicznego dnia 28. lipca 1913 r. w stanie nie zupełnie wykończonym. Dopiero po wojnie zakład został doprowadzony do stanu dzisiejszego. Zakład leży w pięknej pagórkowatej okolicy, oddalonej o 5 klm. od Rzymu, z którym jest połączony kolejką elektryczną. Zakład wybudowany jest według systemu pawilonowego i składa się z 26 pawilonów szpitalnych i 15 budynków służących do pomieszczenia biur administracyjnych i urządzeń gospodarczych. System symetryczny nie był ściśle przestrzegany. Zachowano jednakże zasadę, że budynki gospodarcze postawiono w miejscu środkowem terenu, a pawilony szpitalne na peryferji. Zakład posiada 2000 łóżek. Jedne pawilony są jednopiętrowe, drugie dwupiętrowe. Tylko budynki t. zw. kolonji rolnej mają trzy piętra. Mniejsze domy zawierają 30 — 40 łóżek, a obszerniejsze gmachy po 120, i dzielą się na kilka oddziałów. Wszystkie pawilony szpitalne zawierają najnowsze urządzenia techniczne, ogrzewanie centralne gorącą wodą, wodociągi dla wody ciepłej i zimnej, elektryczne oświetlenie, umywalnie, łazienki, klozety, szatnie, komory do przechowania sprzętów, pokoje gościnne dla gości odwiedzających chorych, gabinety lekarskie i t. p. Każdy pawilon ma swój ogródek. Pawilony szpitalne dzielą się na następujące kategorje: dwa pawilony dla pacjentów nowo przyjętych, cztery pawilony dla chorych spokojnych, dwa domy dla półspokojnych, dwa domy dla niespokojnych, dwa domy dla epileptyków, dwa pawilony dla chorych potrzebujących stałego dozoru, trzy pawilony dla zanieczyszczających się, dwa budynki dla cieleśnie chorych, jeden pawilon dla dzieci i jeden dom dla przestępców, jeden pawilon dla pacjentów, cierpiących na choroby zakaźne; jeden dom przeznaczony jest specjalnie dla suchotników. W pawilonie lazaretowym (dla cieleśnie chorych) znajduje się osobny oddział chirurgiczny, posiadający salę operacyjną z przynależnemi ubikacjami pobocznemi i wszelkiemi urządzeniami kliniki chirurgicznej, prócz tego gabinetdentystyczny. Personał pielęgniarski znajduje w razie choroby pomieszczenie i opiekę lekarską na osobnym oddziale. Pawilon dla dzieci jest wyposażony we wszystkie przedmioty potrzebne dla nauczania i wychowania dzieci niedorozwiniętych.

Pawilon dla suchotników, wybudowany według najnowszych postępów w leczeniu tych chorych, otoczony jest werandami; tu przebywają chorzy przez cały dzień na świeżem powietrzu i na słońcu.

Urządzenia techniczne, jak wielka kuchnia centralna, mechaniczna pralnia, elektryczna piekarnia, lodownia, aparat desinfekcyjny, założone są według najnowszych zdobyczy technicznych.

Laboratorja dla prac naukowych są bogato wyposażone w najnowsze aparaty. Zakład ma instytut anatomo-patologiczny, laboratorja chemiczne i serologiczne, gabinety psycho - fizyczne i eksperymentalno - psychologiczne i zasobną bibljotekę naukową.

W organizacji służby sanitarnej i pielęgniarskiej zaprowadzono pewne inowacje, które się uważa jako znaczny postęp, mianowicie, zatrudnia się w pawilonach dwie kategorje personału. Do pierwszej kategorji należą osoby starsze, w pielęgniarstwie doświadczone, którym się powierza służbę pielęgniarską. Do drugiej kategorji należy personał młodszy, mniej wykwalifikowany i mniej zdolny do funkcji pielęgniarskiej. Ten personał zatrudnia się pracami grubszemi na oddziałach, jak porządkowanie oddziału, czyszczenie i usługiwanie. Podział ten ma swoje zalety przejawiające się właściwie w tem, że

1) personał pielęgniarski doborowy i wykwalifikowany nie jest drogi, ponieważ nie jest liczny,

2) personał służebny niewykwalifikowany jest eo ipso tańszy. System ten jest ekonomiczniejszy i od lat kilku zastosowany także w Dziekance. Dziekanka bowiem ma nieliczny personał pielęgniarski wykwalifikowany, pozatem zatrudnia niewykwalifikowany, ale bardzo tani personał służebny w postaci posługujących.

Dyrekcja zakładu S. Onofrio zaprowadziła na próbę 8-godzinny dzień pracy. Próba nie udała się, tak pod względem technicznym jak i ekonomicznym. Po krótkim czasie trzeba było powrócić do 24-godzinnego dnia pracy, — t. j. te 24 godziny pracy oznaczają pobyt na miejscu służby przez 24 godziny, poczem następuje dzień wolny.

Służba lekarska jest w ten sposób zorganizowana, że część szpitalna zakładu podzielona jest na sekcje. Każda sekcja obejmuje kilka pawilonów szpitalnych. Na czele sekcji stoi lekarz prymarjusz, któremu do pomocy przydany jest lekarz sekundarjusz. Prymarjusz ma do swojej dyspozycji małe laboratorjum, w którem przeprowadza mikroskopowe i chemiczne badania dla celów klinicznych.

Wskutek tej organizacji służby psychjatryczno - lekarskiej jest zachowana ciągłość leczenia i dozoru jednej i tej samej sekcji pawilonowej, pozatem badania i obserwacje chorego pogłębiają się.

Zakład Psychjatryczny „S. Onofrio in Campagna" koło Rzymu przeznaczony jest dla prowincji rzymskiej i ma dać pomieszczenie wszystkim chorym psychicznie, pochodzącym z tej prowincji. Zakład z łatwością da się powiększyć do 2500 łóżek. Pod względem ekonomicznym jeden taki wielki zakład na 2500 chorych jak S. Onofrio jest dla prowincji tańszy i potrzebuje mniej dopłaty krajowej, niż trzy zakłady po 800—1000 chorych.

Największe moje zainteresowanie wzbudził zakład olbrzym **„Am Steinhof"** pod Wiedniem.

Zakład Psychjatryczny „Am Steinhof" pod Wiedniem powstał w bardzo krótkim czasie. Kamień węgielny założono w dniu 27. września 1904 r. w obecności cesarza, a zakład oddano do użytku publicznego trzy lata później, także w obecności cesarza. Zakład tworzy rozłożyste pięknie położone miasto obejmujące ogromny kompleks wspaniałych gmachów (60), pomiędzy temi 36 pawilonów szpitalnych; 24 budynki służą do celów administracyjnych, gospodarczych i mieszkalnych. Pomijając budowle kosztowne pełne przepychu z urządzeniem

luksusowem, jak wspaniały kościół, zbudowany w stylu secesjonistycznym z pozlacaną kopułą, z wyłożonemi marmurem ścianami, z pięknymi witrażami, z 4 olbrzymiemi figurami z bronzu nad wejściem przedstawiającemi aniołów, dający pomieszczenie 1000 osobom, którego budowa kosztowała 30 miljonów guldenów przedwojennych (w r. 1907), pomijając wspaniałe gmachy przeznaczone dla celów towarzyskich, obszerne i bogato urządzone ubikacje urzędowe dyrektora i lekarzy, wspomnę tylko takie urządzenia szpitalne, które w pierwszym rzędzie zasługują na uwagę pod względem lekarskim i hygjenicznym.

Chcąc zwiedzić cały zakład wygodnie, trzeba się posługiwać pojazdem, albowiem zwiedzenie zakładu piechotką jest bardzo męczące i trwa ¾ dnia.

Zakład jest z Wiedniem połączony koleją elektryczną. Na dziedziniec zakładu wchodzi się głównem wejściem między dwoma budynkami; lewy zawiera ubikacje służbowe oddźwiernego, w budynku po prawej stronie ma swoją siedzibę policja. Plan zakładu wykazuje symetryczne rozłożenie. Na pierwszym planie osi środkowej wznosi się imponujący gmach administracyjny, w którym znajdują się na parterze biura, sale do prac naukowych, muzeum psychjatryczne, na pierwszem piętrze mieszkanie dyrektora. Na drugim planie osi środkowej postawiony jest gmach teatralny z kompletnem urządzeniem scenicznem; ściany pokryte są malowidłami. Oprócz sali teatralnej budynek zawiera cały szereg mniejszych pokoji, przeznaczonych do zabaw i zebrań towarzyskich. Na trzecim planie wznosi się budynek kuchenny; kuchnia o ścianach pokrytych do połowy kachlami, wyposażona jest w 19 kotłów niklowych i w płukalnie z marmuru, w światło elektryczne łukowe. Za budynkiem kuchennym widzimy dwa domy, mianowicie: budynek gospodarczy i śpichrz. Na końcu osi środkowej wznosi się na wzgórzu kościół.

Po prawej stronie osi na pierwszym planie, wysuniętym nieco ku frontowi, znajdują się pawilony dla pacjentów świeżo przyjętych z ostrem zachorzeniem psychicznem, dla spokojnych, półspokojnych i niespokojnych mężczyzn. Na drugim planie wznoszą się pawilony dla chorych mężczyzn chroników. I tu każdy pawilon ma swoje przeznaczenie. W jednym pawilonie znajdują się pacjenci spokojni, w innym niespokojni, w trzecim obłożnie chorzy i suchotnicy wzgl. tacy, którzy cierpią na choroby infekcyjne. W pewnem oddaleniu od tych pawilonów stoi na osobności budynek przeznaczony dla chorych gwałtownych. We wschodniej części zakładu leżą budynki gospodarcze, warsztaty, dom mieszkalny dla personalu gospodarczego, dom desinfekcyjny, pralnia, kotłownia, chlewy, dom ogrodowego i oranżerja. Po lewej stronie osi środkowej znajdują się pawilony dla kobiet. Podział i organizacja tej części jest ta sama co po stronie męskiej. Na drugim piętrze pawilonów szpitalnych urządzono mieszkania dla personalu pielęgniarskiego. Wyżsi i średni urzędnicy, zamieszkują dwie duże kamienice.

Na dalszym planie wznosi się wspaniałe **sanatorjum** dla pacjentów nerwowo chorych, których cierpienie ujawnia się w dziedzinie psychicznej. Sanatorjum to składa się 10 budynków, może pomieścić 356 pa-

cjentów, jest urządzone z wielkim przepychem i komfortem i wyposażone bogato we wszystkie środki lecznicze nowoczesnej terapji fizykalnej, jak mechano-elektro-hydro- i balneoterapja; sanatorjum ma urządzenia do zastosowania kąpieli słonecznych i powietrznych, sale gimnastyczne, basen dla pływaków i liczne salony dla celów towarzyskich, pokoje gościnne, czytelnie, salon muzyczny, pokoje bilardowe, pokoje dla palących, jadalnie, promenoary itp.

Sanatorjum dzieli się na dwa oddziały, z których jeden jest przeznaczony dla mężczyzn, drugi dla kobiet. Na oddziałach tych znajdujemy pawilony t. zw. otwarte, do których przyjmuje się pacjentów na tych samych warunkach, które obowiązują w każdym innym sanatorjum niepsychjatrycznem. Dalej pawilony dla nowo przyjętych półspokojnych, niespokojnych i zniedołężniałych. Sanatorjum ma własną kuchnię, własny gmach administracyjny i budynek dla celów kuracyjnych. Przy urządzaniu sanatorjum wzorowano się na pierwszorzędnych sanatorjach zachodnich, że wymienię tylko sanatorja we Wiesbaden, (które nb. znam z własnej praktyki jako lekarz ordynator w sanatorjum Kurhaus Bad Nerotal w r. 1907).

Tylko 10 budynków zakładu posiada centralne ogrzewanie na odległość, wychodzące z kotłowni. Centralne ogrzewanie na odległość nie dochodzi do wszystkich pawilonów, gdyż przeprowadzenie kanałów dla rur ogrzewających napotkało na znaczne trudności ze względów terenowych. Niektóre mieszkania mają ogrzewanie piecami kaflowymi albo żelaznymi, mianowicie pokoje w sanatorjum, sale na oddziałach leczniczych i na oddziałach dla chroników.

Sieć telefoniczna zakładu łączy przez aparat centralny 235 telefonów między sobą; na każdym oddziale, w każdem mieszkaniu lekarskiem, urzędniczem i w pokoju służbowym znajduje się telefon. Zakład ma połączenie z siecią telefoniczną pozamiejscową przez trzy aparaty. Pozatem istnieją dla wewnętrznego użytku jeszcze elektryczne przewody sygnałowe prowadzące z poszczególnych oddziałów do mieszkań pielęgniarzy.

Kontrola służby nocnej odbywa się w ten sposób, że osoba pełniąca nocny dozór, w pewnych krótkich odstępach czasu robi znaki kluczykiem w mechaniźmie schowanym w murze i chronionym tym sposobem przed uszkodzeniem. Znak zrobiony kluczem w aparacie bywa drogą przewodu elektrycznego przenoszony na zegar znajdujący się w miejscu centralnem, gdzie kontroler każdej chwili może się przekonać, gdy spojrzy na zegar, czy służba nocna funkcjonuje prawidłowo, czy pielęgniarze, stróże etc. są na swojem stanowisku. W razie jakiejkolwiek nieregularności na zegarze kontroler niezwłocznie udaje się na miejsce, skąd nie doszedł znak przepisany, ażeby stwierdzić przyczynę przerwy.

W obrębie zakładu kursuje kolejka elektryczna, która przewozi żywność na poszczególne oddziały, bieliznę do pralni i z powrotem, oraz materjał opałowy.

Mimo olbrzymich rozmiarów zakładu, organizacja wewnętrzna jest przejrzysta, prosta i praktyczna. Na czele zakładu stoi dyrektor

lekarz-psychjatra, prof. Dr. Berze. Pod względem sanitarnym zakład dzieli się na kilka oddziałów, na których czele stoją samodzielni lekarze prymarjusze, którzy jednakże podlegają dyrektorowi; dyrektor może zarządzenia prymarjuszów zmienić, albo znieść; za swoje zarządzenia sam odpowiada.

Za sprawność administracyjną odpowiedzialnym jest pierwszy urzędnik administracji; odpowiada on za wszystkie sprawy majątkowe, mianowicie za kasowość, za rachunkowość, za korespondencje w sprawie ściągania opłat i prowadzenie ksiąg; we wszystkich innych zaś sprawach administracyjnych ponosi odpowiedzialność wspólnie z dyrektorem, jednakże zarządzenia dyrektora, jako kierownika zakładu, w zakresie budżetu są dla niego obowiązujące. Dyrektor nie administruje sam, lecz jest kierownikiem administracji; jako kierownik administracji nie potrzebuje gubić się w zmudnych czynnościach tyczących szczegółów administracyjnych, gdyż siły swoje ma skupić na kierownictwie całości.

Organizacja służby lekarskiej w Steinhofie przedstawia się w sposób następujący.

Zakład podzielony jest na 3 sekcje:

1) Oddziały lecznicze ca 800 chorych;

2) Oddziały dla chroników ca 1800 chorych.

3) Sanatorjum — 356 chorych.

Służbę lekarską pełni czterech prymarjuszy, trzech ordynatorów, 10 asystentów, jeden lekarz anatomo - patolog oraz jeden lekarz „gospodarz“.

Lekarze prymmarjusze podlegają dyrektorowi bezpośrednio co do leczenia chorych w miarę istniejących przepisów o tyle, o ile te przez dyrekcję nie zostaną zmienione. Na oddziałach im podległych lekarze prymarjusze działają samodzielnie i ponoszą wszelką odpowiedzialność za swoje zarządzenia. Troszczą się oni o potrzeby życiowe swoich chorych, przepisują im djety, wyznaczają im różne zatrudnienia, organizują dla nich spacery, starają się dla nich o rozrywki, o nabożeństwa, czuwają nad ich korespondencją, donoszą dyrekcji ustnie i piśmiennie o stanie choroby swoich pacjentów, o nadzwyczajnych zajściach na oddziałach, decydują o odwiedzinach chorych. Przeprowadzają cielesne i psychiczne badania nowo przyjętych pacjentów, rozdzielają ich na poszczególne oddziały, zwłaszcza, jeżeli chodzi o chorych zakaźnych, względnie gwałtownych, odbywają codziennie główną ranną wizytę z innymi lekarzami, im podległymi, na swoich oddziałach, oprócz tego odwiedzają częściej swoje oddziały, informują się o stanie cielesnym i psychicznym swoich chorych. Przestrzegają, żeby umierający bywali zaopatrzeni, stwierdzają przyczynę śmierci i wypełniają w księgach odpowiednie formalności. Doglądają, ażeby historje choroby ich pacjentów były dokładnie prowadzone, podkreślają nadzwyczajne zachorzenia cielesne na ich oddziałach, wydają piśmienne orzeczenia na żądanie dyrekcji, współpracują z dyrekcją przy układaniu sprawozdań i statystyk. Troszczą się o należyty stan urządzeń leczniczych, kon-

trolują pożywienie chorych, co do składu jakościowego oraz ilościowego. Lekarze prymarjusze są bezpośrednimi przełożonymi innych lekarzy na swych oddziałach oraz personalu pielęgniarskiego.

Pouczają personał pielęgniarski, czuwają nad wypełnieniem obowiązków, donoszą dyrekcji o ewentualnych zwolnieniach, proponują podwyższenie poborów, udzielają pochwał, nagan. Lekarze — prymarjusze przestrzegają skrupulatnie przepisów higjeny na swoich oddziałach, dbają o bezpieczeństwo tak chorych jak i personalu pielęgniarskiego, przypominają przepisy pożarowe a w razie stwierdzenia jakichkolwiek niedomagań donoszą o tem dyrekcji i stawiają wnioski o usunięcie tychże albo o naprawę.

Jeden z lekarzy - prymarjuszy jest zastępcą dyrektora i jako taki w sprawach zasadniczych działa w intencji dyrekcji, ponosząc wszelką odpowiedzialność za swoje zarządzenia. Wszyscy lekarze są mu służbowo podlegli oraz zobowiązani do współpracy przy wykonywaniu jego obowiązków.

Każdy oddział ma lekarza - oddziałowego, oraz lekarza - asystenta. Gdy prymarjusz osobiście nie wizytuje oddziału, wtedy zastępuje go lekarz oddziałowy, który o zarządzeniach swoich, za które jest odpowiedzialny, powinien donieść lekarzowi - prymarjuszowi. Zresztą działalność lekarzy oddziałowych nie różni się od działalności lekarzy-asystentów.

Podobnie lekarze - ordynatorowie w sanatorjum podlegają prymarjuszowi. W razie jego urlopu względnie nieobecności zastępuje go z reguły jeden z ordynatorów. Lekarze zobowiązani są spółdziałać z nim razem.

Lekarz prymarjusz odbywa konferencje na swoim oddziale i główną wizytę z lekarzami ordynatorami. Oni spisują dokładne karty szpitalne z historją choroby swych pacjentów, tak aby mogły przydać się do celów naukowych.

Śmierć chorego stwierdza lekarz, który spisywał historję choroby danego pacjenta. Lekarze oddziałowi instruują personał pielęgniarski i organizują odpowiednie kursy dokształcające.

Do osobistej dyspozycji dyrektora postawiony jest lekarz, pełniący funkcję gospodarza zakładu. Lekarz gospodarczy pomaga dyrektorowi w sprawach biurowych, kontroluje prace chorych w warsztatach, na wolności, w kuchni, pralni, w oborach, oranżerji, łaźniach, oraz w gmachu administracyjnym; stara się o zabawy dla chorych, opiekuje się personałem pielęgniarskim, oraz rodzinami pielęgniarskiemi. W razie potrzeby pełni służbę na oddziałach; służbę tę wyznacza dyrektor; wtedy lekarz gospodarczy jako ordynator podlega bezpośrednio prymarjuszowi.

Lekarz-patolog, ustalony przez uniwersytet na wniosek dyrektora, jest kierownikiem laboratorjum, wykonuje autopsje, przeprowadza badania mikroskopowe, za swoje zarządzenia odpowiada przed dyrektorem.

Lekarze są przydzieleni poszczególnym oddziałom w następujący sposób:

I. **Oddziały lecznicze:** a) męskie: 1 prymarjusz i 3 asystentów; b) żeńskie: tak samo.

II. **Oddziały dla chroników:** (mężczyźni i kobiety) stoją pod kierownictwem 1 prymarjusza; pozatem każdy oddział ma swego lekarza ordynatora resp. asystenta.

III. **Sanatorjum:** 1 prymarjusz, 1 ordynator, 2 asystentów.

Służba lekarska:

ad I) Prymarjusz wspólnie z asystentami wizytuje rano swoje oddziały, zaczynając od oddziału dla nowoprzyjętych. Bada on każdego nowoprzyjętego sam, albo pod jego kierownictwem jeden z jego asystentów. Po zbadaniu przekazuje chorego na odpowiedni oddział; jeżeli okaże się potrzeba przeniesienia chorego z oddziału leczniczego do oddziału dla chroników, prymarjusz zawiadamia o tem dyrektora.

Lekarze asystenci spisują historje choroby pacjentów im przydzielonych.

Każdy asystent ma kolejno dyżur, który rozpoczyna się o 8-mej rano i trwa 24 godziny. Podczas dyżuru lekarz znajduje się w godzinach przyjęć w sali konferencyjnej, załatwia wizyty, udziela informacji o stanie chorych, interwenjuje przy przyjęciach, oraz kontroluje pożywienie chorych. Popołudniu o 4-tej wizytuje oddziały i musi być gotowym na wszelkie zawołanie. Prymarjusz w godzinach przyjęć winien przebywać w obrębie zakładu, z wyjątkiem świąt i niedziel.

ad II) Lekarz prymarjusz odbywa co dzień rano wizytę, odwiedzając wspólnie z podległymi lekarzami raz oddział męski, drugi raz oddział żeński. W tym dniu, kiedy prymarjusz nie odbywa wizyty, zastępuje go ordynator z asystentem. Oddziały infekcyjne odwiedza się na końcu wizyty. Historje choroby prowadzą ordynatorzy i asystenci. Służba trwa 24 godziny.

Lekarz dyżurny znajduje się w obrębie zakładu. Wizyta popołudniowa ma miejsce o 4-tej w dni powszednie, o 5-tej w niedzielę i święta. W godzinach przyjęć prymarjusz musi przebywać w swojem mieszkaniu, oprócz świąt i niedziel.

ad III) Należy tu także t. zw. „dom kuracyjny". W domu kuracyjnym pełnią służbę lekarze kolejno przez miesiąc. Przez ten czas nie są zajęci w sanatorjum, ani na oddziałach, muszą jednakże bywać na konferencjach lekarskich, kontrolować raporty i wykonywć zarządzenia prymarjusza. Lekarz pełniący służbę w domu kuracyjnym, wykonuje tu wszelkie zabiegi lecznicze, zaordynowane przez prymarjusza.

Prymarjusz wizytuje z podległymi lekarzami swoje oddziały, zaczynając od oddziału dla nowoprzyjętych, bada każdego nowoprzyjętego, a po zbadaniu przeznacza go na odpowiedni oddział. Dyżury są zorganizowane tak samo jak na oddziałach leczniczych i na oddziałach dla chroników.

WNIOSKI.

Spostrzeżenia moje poczynione podczas zwiedzania zakładów zagranicznych wyszczególnionych w poprzednich ustępach, nasuwają mi następujące wnioski:

I. Pod względem administracji:

Nie przekonałem się o tem, ażeby system administracyjny zagraniczny tak co do organizacji władz nadzorczych jakoteż co do kierownictwa zakładu był odpowiedniejszy niż system tutejszy. Przeciwnie stwierdziłem, że odmienny system administracji zakładu, obowiązujący np. w St. Pierre w Marsylji, ma niejedną stronę ujemną (brak przewodniej myśli psychjatrycznej, planowości, jednolitości).

System administracyjny włoski tak co do organizacji władz nadzorczych, jakoteż co do samego kierownictwa zakładu w zasadzie podobny jest do tutejszego, który się opiera na systemie powszechnie zaprowadzonym w Europie środkowej.

Podobnie są administrowane zakłady: Burghölzli (Szwajcarja), Lipotmezö (Węgry) i „Steinhof" (Austrja). Właśnie olbrzym-zakład (3000 chorych) „Am Steinhof" pod Wiedniem, jeden z najnowszych, dla którego po długich studjach i rozważaniach i wszechtronnem rozpatrzeniu sprawy, wybrano system administracyjny ogólnie panujący w Europie środkowej, dowodzi, że system ten jest odpowiedni i praktyczny.

Różnice, jakie istnieją między administracją zakładów wyszczególnionych (z wyjątkiem zakładu St. Pierre w Marsylji) a administracją tutejszą polegają na tem, że dyrektorzy tych zakładów mniej są obarczeni załatwianiem drobnych szczegółów administracyjnych; odpowiedzialność za te rzeczy spoczywa na urzędnikach administraycjnych. Zwyciężyło bowiem zapatrywanie, że dyrektor ma administracją zakładu **„tylko kierować"**, nie należy wymagać od niego, ażeby sam administrację wykonywał. Dyrektor jako „kierownik administracji zakładu" tem samem może energję swoją więcej skupić na zajmowaniu się ogólnymi problemami szpitalnictwa psychjatrycznego i może więcej czasu poświęcić sprawom naukowym i stronie psychjatryczno - lekarskiej.

Dyrektorzy zakładów zagranicznych mają do własnej osoby przydzieloną siłę pomocniczą pisarską do załatwiania spraw piśmiennych, dyrektor zakładu „Am Steinhof" ma nawet do swojej osobistej dyspozycji osobnego lekarza, który załatwia biurowe sprawy dyrektora.

Zalecałoby się zmodyfikować tryb tutejszej administracji w ten sposób, ażeby dyrektor był „kierownikiem administracji", a nie potrzebował gubić się w szczegółach administracji, za które odpowiadać powinien urzędnik administracyjny.

Tylko część czynności administracyjnych bowiem wymaga koniecznie osobistej interwencji dyrektora, mianowicie ta część, która jest organicznie związana z interesem chorych i z zagadnieniami kierownictwa zakładu, przedewszystkiem wtedy, gdy chodzi o załatwienie spraw wywierających wpływ na stosunki społeczne i osobiste chorych.

Taki organiczny związek nie istnieje mojem zdaniem np. między kierownictwem zakładu a załatwianiem pewnych szczegółów z kasowości jak codzienne badanie stanu kasy, dziennika kasowego, przechowywanie ksiąg kasowych itp., nie istnieje konieczna potrzeba bezpośredniego stykania się z palaczami, służącymi etc.

Czynności te mógłby wykonywać inspektor zakładu i ponosiłby za nie odpowiedzialność. Wystarczyłoby, gdyby Dyrektor był, jak na zachodzie, „kierownikiem administracji zakładowej". Dobro chorych wymaga, ażeby w lekarzu - kierowniku na pierwszym planie stał lekarz, a nie urzędnik administracyjny. Przydałaby się dyrektorowi osobna siła pisarska do pomocy.

Zakłady zagraniczne mają okazały wygląd zewnętrzny. Ponury wygląd zewnętrzny Dziekanki można by do pewnego stopnia złagodzić przez otynkowanie i pomalowanie na biało budynków. Atoli biały wygląd zakładu nie jest rzeczą zasadniczo psychjatryczną. Ważniejszem jest urządzenie wewnętrzne zakładu i duch jaki w nim panuje.

II. Pod względem psychjatrycznym:

Zakłady wymienione stosują wobec chorych **metodę,** mojem zdaniem, **nieracjonalną;** mury, kraty, cele, łóżka osiatkowane, mechaniczne ubezwładnienie za pomocą odpowiednich urządzeń i środków jak kaftany bezpieczeństwa, koce, zakryte wanny.

Rzeczy takich w Dziekance niema. Przed 5 laty zarzuciłem ten system stosowania środków przymusowych i nie myślę go z powrotem wprowadzać, albowiem nie jest on lepszy od systemu stosowanego obecnie w Dziekance, który polega na tem, że chorym daje się jaknajdalej posuniętą swobodę, nie krępując ich. Usiłowania terapeutyczne raczej skierowane są w stronę utrzymania chorych na możliwie wysokim poziomie socjalnym za pomocą odpowiednich zajęć, psychoterapji i wychowania do życia społecznego.

Należy zdjąć z zakładu znamię więzienia i zamienić zakład zamknięty na szpital otwarty na sposób szpitali o przeznaczeniu ogólnem dla chorych cielesnych.

III. Urządzenia wewnętrzne zakładu.

1) Urządzenia **kuchenne** w niektórych zakładach zagranicznych są prawie olśniewające (Lipotmezö pod Budapesztem, „Steinhof" pod Wiedniem). Marmury, nikel, kachel, oto materjał, który w pierwszym rzędzie uderza przychodnia (Steinhof). To też kuchnie wyglądają nadzwyczaj czysto i apetycznie.

Widok kuchni zakładu w Dziekance odbija niekorzystnie od tego co widziałem w innych zakładach. Zalecałoby się pokryć ściany kuchni w Dziekance kachlami do posowy, a żelazne kotły jako niehygjeniczne, nieekonomiczne zastąpić kotłami niklowymi.

2) Zakłady zagraniczne poświęcają dużo uwagi i miejsca **warsztatom** pracy. Jakkolwiek liczba pacjentów zajętych w zakładach, które zwiedziłem, jest mniejsza (10—33%) niż w Dziekance (95—97%), to jednakże zakłady te są wyposażone w warsztaty daleko

lepiej niż Dziekanka; przedewszystkiem pod względem hygjenicznym przedstawiają się korzystniej (dużo przestrzeni, dużo światła i powietrza). Niektóre zakłady jak „Steinhof" (Austrja) mają osobne budynki, w których znajdują się warsztaty.

Zalecałoby się zatem postawić na terenie Dziekanki osobny budynek warsztatowy. Nadmieniam przy tej sposobności, że wypadałoby założyć w Dziekance **piekarnię,** co było by pod względem ekonomicznym korzystnem dla zakładu. Zakłady zagraniczne mają własne piekarnie, które dostarczają dla chorych smaczne pieczywo i które zarazem tworzą warsztaty pracy dla chorych.

3) W opisie zakładu „Steinhof", zaznaczyłem, że zakład ten posiada osobne sanatorjum dla płacących pacjentów nerwowo chorych, wspaniale urządzone i bogato wyposażone w urządzenia fizykoterapeutyczne.

W ubiegłych latach już kilkakrotnie przedstawiałem projekt (cf. pisma z d. 13. VII. 1920 i z d. 14. VII. 1924 L. dz. 2989/24) urządzenia na terenie Dziekanki **sanatorjum** dla płacących nerwowo chorych i przedłożyłem odpowiednio naszkicowany plan.

Urządzenia fizykoterapeutyczne w sanatorjum służyłyby równocześnie celom leczniczym zakładu psychjatrycznego.

O ile by wystawienie takiego sanatorjum w Dziekance nie było jeszcze aktualne, zalecałoby się jednakowoż wystawić **budynek z urządzeniami dla fizykoterapji** i zrównać pod tym względem Zakład w Dziekance z zakładami zagranicznymi.

4) Na wysokim poziomie stoją w omawianych zakładach zagranicznych **pracownie naukowe,** bibljoteki i fizykalna terapja. Pod tym względem Dziekanka jest uboga. Zakład nasz posiada tylko laboratorjum do badań chemicznych i mikroskopijnych, zachodzących w codziennej praktyce lekarskiej, atoli nie posiada pracowni naukowych. Wobec tego zalecałoby się pod tym względem zakład lepiej wyposażyć. Ponieważ urządzenie pracowni naukowych w formie laboratorji różnego typu, (chemiczne, serologiczne, fizjologiczne, psychofizyczne) w tej mierze co w zakładach zagranicznych byłoby narazie kosztownem, zalecałoby się wyznaczyć na przyszły rok w budżecie pewną kwotę (2 000 zł) na zakupienie odpowiednich aparatów, ażeby dyrekcja w razie potrzeby, gdyby lekarze Zakładu przeprowadzali badania doświadczalne, czy to chemiczne, czy serologiczne, czy fizjologiczne, czy psychofizyczne, dla których byłyby potrzebne różne aparaty, mogła umożliwić badania przez zakupienie nowych aparatów. Z biegiem czasu pracownia naukowa przez uzupełnienie rozwijałaby się stopniowo i tem samem stanęłaby na poziomie pracowni zagranicznych.

5) W Dziekance stosowany jest stary system kontroli za pomocą zegarów wydawanych służbie wieczorem przed rozpoczęciem dozorów nocnych. Zegary często ulegają uszkodzeniom. Dlatego kontrola nie zawsze jest ścisła. Zegary bada się dopiero na drugi dzień rano, więc notatki o nieprawidłowościach podczas służby nocnej docho-

dzą późno do wiadomości centrali. W interesie służby zalecałby się zaprowadzić system kontroli elektrycznej stosowanej w zakładzie „Am Steinhof“ pod Wiedniem i polegającej na tem, że osoba pełniąca nocny dozór, w pewnych krótkich odstępach czasu robi kluczykiem znaki w mechaniźmie schowanym w murze i chronionym tym sposobem przed uszkodzeniem. Znak zrobiony w aparacie bywa drogą przewodu elektrycznego przenoszony na zegar znajdujący się w miejscu centralnem, gdzie kontroler każdej chwili może się przekonać, gdy spojrzy na zegar, czy służba nocna funkcjonuje i może sprawdzić natychmiast przyczynę przeszkody na miejscu, skąd brak znaków.

IV. Personał sanitarny.

Lekarzy było i jest za mało w Dziekance. Ażeby powiększyć stan osobowy lekarzy, polepszyć opiekę lekarską i wyzyskać należycie materjał chorobowy dla celów naukowych w tym stopniu, iżby Zakład pod względem naukowym, tak jakościowo jak ilościowo mógł konkurować skutecznie z zagranicą, potrzeba, iżby sztab lekarzy zakładowych był powiększony i to przez siły dostatecznie przygotowane i wartościowe.

Jest zatem wskazane ustanowić więcej posad etatowych dobrze płatnych, ażeby kandydat poświęcający się zawodowi psychjatrycznemu mógł w stanowisku lekarza zakładowego upatrywać cel życiowy, albowiem mało jest takich, którzy tylko ze względów ideowych i naukowych poświęcają się służbie zakładowej i wyrzekają się wygód i przyjemności stanowisk intratniejszych; pobory lekarzów w Dziekance są niskie.

Z tego powodu brak odpowiednich kandydatów na stanowiska psychjatryczne, a młodsi lekarze psychjatrzy opuszczają swoje posady i przechodzą na praktykę ogólną.

Zakłady zagraniczne mają przedewszystkiem prosektora i zatrudniają oprócz lekarzy psychjatrów jeszcze innych specjalistów; chirurga, okulistę, dentystę i aptekarza.

Wobec braku kandydatów psychjatrów, możnaby powołać do służby zakładowej chirurga, internistę, okulistę, którzyby opatrywali przypadki z chorobami cielesnemi; tym sposobem ulżyliby lekarzom psychjatrom, którzy wtedy mieliby więcej czasu do intensywniejszej pracy w lecznictwie psychjatrycznem.

Najwięcej daje się odczuwać **brak prosektora.**

Personał pielęgniarski w zakładach zagranicznych jest przygotowany do służby pielęgniarskiej przez fachowe wykształcenie, albowiem pielęgniarze muszą przejść odpowiednie kursy pielęgniarskie i złożyć egzamin.

W Dziekance odbywają się od 5 lat kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego dla personalu. Kandydaci po ukończeniu kursów i złożeniu egzaminu otrzymują świadectwo, które niestety nie ma znaczenia, ponieważ nie jest dyplomem urzędowym.

Starania moje o uzyskanie urzędowego zatwierdzenia dla świadectw wystawionych pielęgniarzom po ukończeniu kursów, dotąd nie osiągnęły skutku.[1])

* * *

Zwiedzenie zakładów zagranicznych dało sposobność do nawiązania stosunków osobistych z przedstawicielami zagranicznej nauki psychjatrycznej. Pozyskałem poważnych uczonych jako spółpracowników dla Nowin Psychjatrycznych. Prof. Paolo Amaldi we Florencji ofiarował swój referat „Alkoholizm a zachorzenia psychiczne we Włoszech“, a Dr. Bonasera w Palermo przysłał pracę na temat: „Gruźlica a zachorzenia psychiczne“ do wydrukowania w Nowinach Psychjatrycznych. Prof. Sciuti w Neapolu przyrzekł także artykuł naukowy dla naszego czasopisma.

Nowiny Psychjatryczne w abonamencie zamiennym będą wysyłane do zakładów zagranicznych i obecnie jako jedyne czasopismo polskie wykładane w czytelniach tych zakładów. Prace naukowe z Dziekanki będą drukowane w czasopismie włoskiem „Il Pisani“ w Palermo.

---

[1]) W czasie druku niniejszych „spostrzeżeń“ nadeszło do Dyrekcji Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka potwierdzenie przez M. S. W. — G. D. S. Z. — tutejszych kursów pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil Al. Piotrowski.

IMPRESSIONS PSYCHIATRIQUES DE L'ETRANGER

par
ALEXANDRE PIOTROWSKI.

L'auteur rapporte les impressions qu'il a eues en visitant des hôpitaux psychiatriques à l'étranger. En comparant l'asile de Dziekanka à ceux de l'étranger, il formule les conclusions suivantes.

Le directeur de l'hôpital psychiatrique Dziekanka est chargé inutilement de bagatelles administratives. Il n'est guère nécessaire que le directeur expédie lui - meme toutes les affaires administratives, il suffit qu'il dirige l'administration de l'hôpital. [1])

Contrairement à d'autres asiles, il n'existe pas à Dziekanka ni grilles, ni chambres d'isolement, ni camisoles de force, ni enveloppements, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distributions schématiques en masse de somnifères. Les aliénés ne sont pas alités. Les murs sont pour la plus part abolis.

La thérapeutique psychiatrique a pour but de maintenir les malades à un niveau social le plus élevé possible, par la psychothérapie, par le travail (95—97% des malades sont occupés à toutes sortes de travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale.

A Dziekanka, il serait nécessaire de construire et d'installer un sanatorium pour les malades atteints de maladies nerveuses, un bâtiment spécial paur la physico-thérapie, un bâtiment spécial pour les ateliers, une boulangerie, il faudrait améliorer les laboratoires, reformer le contrôle du service de nuit, augmenter le nombre des médecins.

---

[1]) L'autorité a déjà tenu compte d'une demande, formulée à ce sujet.

Z Krajow. Zakładu Psychjatr. Dziekanka. Dyr. Dr med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

„SCHIZOFRENJA"

podał *)

OSKAR BIELAWSKI.

Kilkanaście lat temu, na zmianę pojęcia klinicznego dementia praecox, wysunął Bleuler nową koncepcję, opartą, tym razem, przeważnie na symptomatologji. Jest nią schizofrenja. Granice grupy tak nazwanej miały się początkowo widocznie pokrywać z granicami psychozy Kraepelina, gdyż w tytule monografji zurychskiego uczonego z roku 1911, jak też w podręczniku jego, obok wyrazów „Gruppe der Schizophrenien" tkwi, jako widoczny odpowiednik tego pojęcia, — „dementia praecox".

Jednakże, jak to można było przewidzieć, wprowadzenie nowych kryterjów rozpoznawczych, obowiązujących w tej grupie, (bo przeniesienie punktu ciężkości na stronę fenomenologiczną zachorzenia), nie mogło się obyć bez zmian zakresu schozofrenji w stosunku do dementia praecox. Ponieważ, dalej, ocena produkowanych przez chorego objawów psychicznych, z punktu widzenia kardynalnych, często psychologiczno-teoretycznych, symptomów Bleulera w praktyce nie zawsze się okazała łatwą i jasną, a w stopniu wysokim jest zawsze zależną od psychicznego nastawienia badacza,— powstała przeto stąd wielka niepewność w djagnostykowaniu, która z biegiem czasu, na skutek rozbieżności w intepretacji objawów chorobowych, coraz bardziej się wzmogła.

Statystyka ostatnich lat wykazała, że cyfry wyrażające stosunek ilości schizofrenji do ilości innych chorób leczonych w zakładach, są dla różnych zakładów bardzo odmienne od siebie a wahają się od 75% (Burghölzli) do 10% i niżej (Dziekanka). Na cyfrowej przestrzeni pomiędzy temi biegunami mogilibyśmy umieścić z polskich zakładów i szpitali: Tworki (50 — 60%), Kochanówkę (20 — 25%). Uderzająca ta różnica ilości rozpoznań ze schizofrenją, rzecz naturalna, nie tłomaczy się żadnymi warunkami miejscowymi mogącymi wpłynąć na częstość tego zachorzenia. Zawiniła tu raczej różnica kryterjów rozpoznawczych w różnych ogniskach wiedzy psychjatrycznej. Przyczyny tego mogą być podzielone na dwie kategorje. Pierwsza — jest natury ogólniejszej i dotyczy wadliwości i nieścisłości naszej terminologji psychjatrycznej wogóle. Jeden i ten sam zewnętrzny efekt psychopatologiczny, mający więc jedną nazwę, — ma często w podłożu różne mechanizmy, a więc, tem samem, charakteryzuje rozliczne, często nader odmienne od siebie procesy zachorzenia. Już na innem miejscu mieliśmy sposobność ilustrować to na przykładach **),

*) Na XII. Zjeździe Przyrodników i Lekarzy został wygłoszony referat pod tytułem „El. a schizofrenja", dotąd nigdzie nie drukowany. Monografja niniejsza zawiera, w ogólności, myśli wyrażone w tamtym referacie.

**) Katatonoid psychorodny — Now. Psych. 1924.

których zresztą przytoczyć można dużo. Stereotypowymi więc nazywamy, powtarzane krocie razy boczne ruchy głowy idjoty, stereotypowymi chrzcimy zazwyczaj, zewnętrznie do nich podobne, (przeczące) ruchy głowy histeryka, które są np. wyrazem symbolicznym bronienia się przed pokusą. Pierwszy jest objawem atawistycznym, a niekiedy też ma podkład neurologiczny nabyty, drugi objaw — jest to ostatnie ogniwo skomplikowanego procesu psychicznego. Weźmijmy drugi przykład — stupor, ten tak częsty, a pospolity objaw w psychjatrji. Jakże różnorodny jest jego mechanizm i geneza, zależnie, czy będzie to osłupienie pomieszanego, czy wyraz zahamowania psychicznego (w histerji, melanholji), czy neurologicznego, (parkinsonizm), czy wreszcie mieszanka tych kilku czynników naraz. Nie lepiej jest z pojęciami, jak np. negatywizm, który również jest raz objawem psychicznym i funkcjonalnym, inny znów raz — wręcz neurologicznym, organicznym. Obok z tem wypada nam przyznać się do wręcz przeciwnego źródła nieścisłości. Niektóre z objawów, mające różne nazwy i, według naszych mniemań, będące wyrazami różnych mechanizmów psychicznych, — w przypadkach konkretnych okazuje się, iż zawierają zbyt mało z objektywnego kryterjum odróżniającego je. Decydują tu o tej lub innej nazwie raczej tylko teorje tłomaczące nam ich mechanizmy wzgl. natura choroby, której mają być one właściwe. Jedno więc niewiadome określamy przez drugie niewiadome. Mówimy o rozprzężeniu (w schizofrenji), o pomieszaniu myśli (w amencji), o rozstrzeleniu myśłowem, (przy gonitwie w manji). W rzeczywistości zaś o przyjęciu jednego z tych trzech objawów, rozstrzyga często jedynie, sugerujące to przyjęcie i poprzedzające je, ogólne rozpoznanie choroby wzgl. nasza inklinacja, do tego a nie innego rozpoznania, gdyż objektywne charakterystyczne cechy każdego z nich są conajmniej niezbyt trwałe, pewne i przekonywujące.

Przyczyna druga faktu, że kontury schizofrenji nader niejasno się zarysowują w łonie tablicy nozologicznej, leży w samej już koncepcji. Tak więc, schizofrenję znamionować ma szereg objawów, które znane są nam ze stanów hypnicznych, a więc: Verdichtungen, Begriffsverschiebungen, Symbole, Fehlen der Zielvorstellungen, Nebenassoziationen, Ablenkungen, krótko mówiąc — cały arsenał freudoskich pojęć mechanicznych. Wpływ jednak Freuda nie wyraził się jedynie w zapożyczeniu terminologji. W schizofrenji wypowiedział się tenże duch twórczy, nacechowany, że się tak wyrazimy, pewnym „autyzmem“, i dał piękną i porywającą budowlę myśli, zato... niedość realną, niedość odpowiadającą życiu. Struktura schizofrenji pomyślana jest nawskroś w sposób artystyczny. To też trzeba mieć intuicję i natchnienie artysty, by rozpoznać schizofrenję właśnie tam, gdzie by to uczynił jej twórca. Wszystkie objawy zasadnicze (Kardynalsymptome) są to pojęcia psychologiczno - teoretyczne. Rozpoznanie tych objawów u chorego dopuszcza wielką dowolność w interpretacji procesów psychicznych, zwłaszcza dla braku kontrolującego tu czynnika introspekcji, a często też — niemożności przeprowadzenia dokładnej analizy psychologicznej. Dla tego też badacz

może mieć zawsze złudzenie, że jest na dobrej drodze rozpoznania, mimo, iż w istocie błądzi. Zresztą koncepcja „senno - marzeniowa" (traumhaftes Denken) jest zbyt jednostronna i wązka, by na niej można było oprzeć rozpoznanie ¾ wszystkich leczonych w zakładach przypadków zachorzeń psychicznych. Jest też li tylko pozorne podobieństwo pomiędzy myśleniem archaicznem, a istotnie hebefrenicznem. Różnica zaś — zasadnicza i jakościowa. Tam powstają te stany w związku ze zmniejszeniem uwagi, zmniejszeniem siły światła świadomości, wzgl. na skutek odszczepienia kompleksów (dissocjacji) i są, w tym sensie, zmianami ilościowemi i czynnościowemi. Tu, w hebefrenji wyzwala się dusza pierwotna i bierze przewagę nad uporządkowanem myśleniem na skutek trwałych destrukcyjnych (organicznych) zmian w ustosunkowaniu starego i nowego psychizmu. Dla tego też ani skupienie uwagi, ani t. zw. „odreagowanie", ani żadne zabiegi psychoanalityczne nie odniosą tu poważniejszego sukcesu. Oczywiście, że niekiedy wzmiankowane dwa procesy (oniryczno* - archaiczny i hebefreniczny) bywają, na krótkich odcinkach przebiegu myślenia, do siebie podobne, lecz podobieństwo jest tu tylko powierzchowne, jakie np. zachodzi pomiędzy manją właściwą, a stanem manjakalnym w por. post., pomiędzy pseudo-demencją pourazową, a otępieniem organicznem, — bezwładem histerycznym, a organicznem porażeniem odnośnych kończyn.

Zbytne przejęcie się wyszukiwaniem znamion senno-marzeniowego myślenia w każdym przypadku schizofrenji musi spowodować owe „Verschiebung" całej grupy jaknajbliżej w kierunku psychoz funkcjonalnych, co jednak, już przy pobieżnym rzucie oka na jej przebieg i zejście (w otępienie swoistego typu w wielu przypadkach) wydaje się bardzo nieprawdopodobne. Im bardziej więc odwraca się Bleuler od grubych anomalji myślenia i uderzających zaburzeń uczucia w dem. praex., do subtelnych odcieni schizofrenicznej konstytucji, tem bardziej się zaciera pojęcie choroby psychicznej. Ostatnio widzi już Bleuler w schizofrenji jedynie chorobowe skondensowanie anormalnych reakcji duchowych, co ją bardzo zbliża do innych konstytucji jak to histerycznej, paranoidnej itp., a w konsekwencji, pociąga za sobą nieprzezwyciężalną trudność racjonalnego wytłumaczenia organicznych zmian w mózgu schozofrenika, które nie są tu bynajmniej przypadkowe.**

---

*) Wyrazu tego używamy w charakterze greckiego synonimu do pojęć „traumhafte", „senno-marzeniowe". Francuzi terminem tym posługują się, zdaniem naszem, w sposób niewłaściwy, gdyż ich „psychoses oniriques", powstałe na skutek intoksykacji i autointoksykacji, nie mają wszystkich zasadniczych cech charakreryzujących marzenie senne. W szczególności, w psychozach tych nie występuje zatracenie pojęcia własnej osobowości, które tak często widzimy w snach, w stanach hypnoidnych i tych psychozach funkcjonalnych, które nadają obecnie tenor całej bleulerowskiej schizofrenji.

**) Próby wytłomaczenia otępienia w schizofrenji „drogą funkcjonalną" (patrz Meyer - Gross. Zur Frage der Demenz schizophrener Endzustände, Jahr. d. Dtsch-Ver. f. Psychiatrie, Jena 1923) i per analogiam do otępienia pourazowego, wydają się nam zbyt sztuczne i mało przekonywające.

Teorję o schizoidach (Bleuler — Kretschmer) natomiast można by wprost porównać do rodzaju filozoficznego światopoglądu, jestto religja, nie zaś podstawa dla definicji choroby psychicznej. Streszczając zapatrywania Bleulera wyrażone w pracy: „Die Probleme der Schizoidie und Syntonie“ (Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 78 1922) pisze Kretschmer:

„Schizoid und Cyclothymie (Syntonie) sind Reaktionsweisen, die bei jedem Normalen in wechselnden Mischungsverhältnissen vorkommen. Bloss ihre Ubertreibungen bilden die Krankheiten der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins. Die Nebenkomponenten sind für Behandlung nud Voraussage oft so wichtig wie die hauptsächliche, und est ist fraglich, ob es sich noch lohnt, in unklaren Fällen zu untersuchen, ob es sich um manisch-depressives Irresein oder um Schizophrenie handle; es liegen eben Symptome aus beiden Formkreisen vor. Beim Gesunden, wie beim Geisteskranken können sich als Einheit vererben. Schizoide und cyclothyme Veranlagung verhalten sich nicht antagonistisch, sondern sie ergänzen sich wie Gesicht und Gehör“.

Przytoczonych tu para zdań wykłada nam postulaty tej teorji. Widzimy już z tego, że, stykając się z nieubłaganem życiem, musiała teorja ta poczynić mu sporo dotkliwych ustępstw kosztem swojej przejrzystości, co uczyniło ją jeszcze bardziej zawiłą. Biegunem jednej konstytucji jest psychoza manjakalno- depresyjna, która, jak wiemy, przy najburzliwszym przebiegu nie powoduje destrukcji w mózgu (jest chorobą funkcjonalną), — biegun konstytucji schizoidnej jest to choroba psychiczna o rozpadzie osobowości, uczuć i woli, choroba, której już nawet według zapatrywań autora schizofrenji, towarzyszą wyraźne zmiany organiczne w mózgu. Należy na jedno się zgodzić z Bleulerem, na to, że hołdując pojęciu schizoidji i podnosząc tą konstytucję do kryterjów zasadniczych schizofrenji, ma się, w niektórych konkretnych przypadkach, nieprzezwyciężalną trudność przy różniczkowem rozpoznaniu (pomiędzy man.-dep. a schiz.), trudność która się wydaje piszącemu te słowa większa dziś, niźli w razie, gdybyśmy wrócili do źródłowych określeń dementiae praecocis i folie á double forme. (Kraepelin'a i Baillarger'a). Okoliczność, że autyzm jest wspólny wielu zespołom psychopatologicznym, przyciągnęła do schizofrenji rozliczne obce obrazy kliniczne. W istocie jednak autyzm (jeżeli mamy zatrzymać ten termin) jest pojęciem obrazu klinicznego o różnorodnem pochodzeniu, a w dementia praecox jest on objawem (zarówno jak zresztą w melancholji) wtórnym, mającym swe źródło (w przypadku pierwszym) w zaburzeniach dziedziny uczuć i w odczepieniu się tej dziedziny od procesów intelektualnych. Zwolenników schizofrenji (o zakresie obejmującym 75% wszystkich pozostałych zachorzeń psychicznych) winien chyba zresztą zastanowić fakt, że choroba, która liczebnie trzykrotnie przewyższa wszystkie inne zachorzenia psychiczne, brane razem, o ile to nie jest choroba epidemiczna, — znaczyć musi tyle co ignorantia morbi, gdyż w przeciwnym razie byłaby ona prawdziwem unicum całej medycyny. Dalej, pojmowana, tak szeroko, jak dotąd, schizo-

frenja dopuszcza każdą najśmialej pomyślaną prognozę. Nie mniejsza rozmaitość jest także w przebiegu choroby. A więc, choć w zasadzie się przyjmuje przebieg przewlekły (z obostrzeniami od czasu do czasu), przechodzący w końcu w pewien stały „Endzustand mit Defekt", to jednak opisywany jest, obok z nim, przebieg wręcz przeciwny,—okresowy czy cykliczny, gdzie w międzyczasie nie udaje się stwierdzić żadnych zmian chorobowych. To też dokładne zastanowienie się nad zagadnieniem granic grupy schizofrenji, a wyrażając się ściślej, nad sprawą klasyfikacji szeregu rozlicznych zachorzeń, które się narazie łączy w jedną grupę pod to miano, a które właściwie łączy li tylko brak dla nich odpowiedniego miejsca w klasyfikacji, — przyprowadza nas do wniosku, że grupa ta brana w tak imponującej rozciągłości niema nic swoistego co by ją jako jednostkę chorobową charakteryzowało.

Już dwa lata temu, na Dorocznym Zjeździe Psychjatrów Polskich we Lwowie, autor niniejszej rozprawy poważył się zakwestjonować jednolitość schizofrenji, usiłując udowodnić, że katatonja, jako swoista organiczna choroba mózgu, pojmowana ściśle za Kahlbaumem, nie należy do schizofrenji*) (tezę tą podziela Piotrowski i Władyczko oraz szereg zagranicznych autorów, o których, ażeby się nie powtarzać, wspomnimy później.) Odczuwało się już wtedy potrzebę reform w łonie schizofrenji. Jednakże, ponieważ główna i najbardziej rażąca rysa przebiega w niej pomiędzy postaciami chorobowemi o cechach organicznego zachorzenia mózgu, a formami funkcjonalnemi, — z kurtuazji przeto dla wielkiego zurychskiego uczonego, którego definicja bliższą jest procesów funkcjonalnych, — przypuszczało się, że najwłaściwiej będzie przystąpić do odgraniczenia bleulerowskiej grupy właśnie od strony procesów organicznych.

W myśli o rozczłonkowaniu schizofrenji vel dem. praecox w dobie dzisiejszej nie jest się już bynajmniej odosobnionym. Dzieli ją, względnie wyraża uwagi krytyczne pod adresem tej grupy szereg poważnych autorów zagranicy, jak Padeano, Claud, Borel, Robin, Cellier, Guiraud, Gaupp, Page, Metzdorff, Lewis, Ameghino, Lowrey, Meyer, Berger, Skliar, Lange, Hall, Bumke, Hoffmann, Jacobi, Benon, Sommer, Robertson, Pellacini, Brousseau, Lautier, Ostankoff, a w kraju, jednocześnie z tą pracą ogłosił Piotrowski na XII. Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Warszawie rozprawę na temat: „Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji.

W celu lepszego ujęcia objawów i zespołów w schizofrenji, oraz dla określenia postaci chorobowych, rzuca się mniej lub bardziej udane nowe terminy, jak „schizotymja" (Bornstein), polifrenja (Renault d'Allonnes), „Melancholja schizofreniczna" (Minkowski), „schizomanja" (Claud), „katafrenja" (Austregesilo), „schizonoia" (Codet), „hypothymia chronica** (Benon), pseudoschizoid" (Montesano), i inne.

---

*) Odruchy patologiczne w katatonji. O. Bielawski (Nowiny Lekarskie 1922)

**) Wyraz ten miałby zastąpić termin schizofrenję. (Nie jest on również zbyt udany, gdyż z treści może przypominać melancholję. Już właściwiej by było mówić o disthymji i disbulji w przypadkach schizofrenji).

Proponowane są również rozliczne przekształcenia i nowe podziały na podgrupy w łonie dawnej dementia praecox, a więc:

Cellier dzieli dem. praex. na następujące części: 1) dem. praex. (typ Morel'a) — objawy hebefreno - katatoniczne z wyraźnem otępieniem i rozprzężeniem, 2) hebefreno-katatonja, lub folie discordante (Chaslin) — przypadki podobne do powyższych, lecz uleczalne lekkie. Oddzielnie od tego należy traktować 1) psychozy paranoidne, parafrenję, 2) folie circulaire chez les' dégénerés (Magnan) (Wahnbildung der Degenerirten niem.) 3) amentja, schizophrenia simplex — otępienie zwykłe w konstytucji schizoidnej.

Podnieść z uznaniem należy tu odłączenie procesów paranaoidnych od schizofrenji (używamy dotąd wyrazu schizofrenja jako synonimu dem. praex.) oraz fakt, iż autor akcentuje tu istnienie przystępów psychozy u osobników psychicznie zwyrodniałych, której i przebieg i zejście jest odmienne od psychoz schizofrenicznych, a która do schizofrenji nie należy. Konstytucję schizoidną stawia autor ten również oddzielnie od dementia praecox.

Claud, Borel, Robin (szkoła św. Anny) odróżniają następujące grupy: 1) hebefrenja (Morel), 2) schizofrenja właściwa — otępienie postępujące, 3) lekkie formy schizofrenji — schizoid Kretschmera i 4) schizomanja — stoi na pograniczu schizofrenji, a konstytucji schizoidnej. Etjologja drugiej grupy jest organiczna, autointoksykacyjna, innych — dziedziczno - degeneratywna. Etjologja trzeciej grupy jest konstytucyjno - psychologiczna.

Widzimy z tego, że autorzy powyżsi odróżniają dem. praex. od schizofrenji, którą nazywają niekiedy schizomanją, zbliżając tę ostatnią do psychoz funkcjonalnych. Tylko dla ostatniej charakterystycznym objawem ma być autyzm. Schizomanja nie prowadzi do otępienia i oparta jest na konstytucji.

Lautier przeprowadza następujący podział: 1) psychose hallucinatoire chronique symptomatique = paraphrenia, 2) folie discordante = heberfreno-katatoniczne jądro schizofrenji, 3) demence precoce vraie = typ Morel, 4) confusion mentale chronique ou demence postconfusionelle = stany końcowe powstałe po stanach przypominających amencję (amentoidnych) i osłupieniowych, 5) delire d'emblée ou episodique des dégénérés.

De Fursac zacieśnia granice schizofrenji, uznając tylko grupę hebefreno-katatoniczną w niej. Podobne stanowisko zajmuje Halberstadt. Używa on tylko w klasyfikacji terminologji własnej.

Należy stwierdzić, że, z pomiędzy wszystkich form schizofrenji, te ostatnie (hebefrenja i katatonja), jako oddzielne postacie, są najbardziej zakończone, najwyraźniej się jeszcze zarysowują w mozaice proponowanych podgrup schizofrenji. Na później odłożymy sprawę omówienia, czy mimo to należą one do bleulerowskiej grupy.

Kleist, Mollweide, Adler, Ghirardini, Bischoff, — uważają, że schizofrenja stanowi grupę zachorzeń powstałą na tle zwyrodnienia dziedzicznego. Kleist odróżnia w schizofrenji 1) otępienie psycho-motoryczne (katatonja), 2) otępienie afektywne (hebefrenja), 3) otępienie

rozprzężeniowe (inkohärente Verblüdung) oraz psychozy paranoidne z defektami (paranoide Defektpsychosen).

Na stanowisko zupełnej negacji schizofrenji, jako postaci chorobowej, stoją Blumke i Hall. — Niema schizofrenji, są tylko reakcje tej formy na bodźce różnorodne, któremi mogą być intoksykacja, czynniki wewnątrz-wydzielcze, jak równie dobrze, faktory natury psychicznej. Bumke w swej pracy dostatecznie uzasadnił negatywne stanowisko do schizofrenji. Jednak musimy sobie uświadomić, że zadowolenie się koncepcją „reakcji" na olbrzymiej przestrzeni tablicy nozoligicznej nie posuwa sprawy pojęcia istoty zachorzenia bynajmniej naprzód. Jeżeli dziś wiemy, że napad podaczkowy ma bardzo różnorodną genezę i stwierdzenie jego nic prawie nie mówi o istocie cierpienia, to również reakcja schizofreniczna, w pojmowaniu Bumkego i innych, w dziedzinie ³⁄₄ w zachorzeń psychicznych wyświetli nam zgoła bardzo mało. Zresztą wydaje się nam, że sama owa „reakcja" inny nieco będzie miała wyraz zależnie od tego, czy powstanie na skutek urazu psychicznego, czy spowoduje ją np. zatrucie. A więc tem samem „reakcja" ta nie dużo ma w sobie zasadniczych cech charakterystycznych.

Zajęcia się zagadnieniem schizofrenji, wśród myślącego ogółu psychjatrów jest dużo. Jeżeli mamy mnóstwo różnych klasyfikacji, zaliczających do schizofrenji te lub inne postacie kliniczne, to niezmiernie więcej jest rozlicznych teorji rozwiązujących istotę zachorzenia. A więc prócz konstytucjonalno-oniryczno-archanicznej (szkoła zurychska) mamy egzogenno-intoksykacyjną (Halmes, Buscaino, Ciampi, Ameghino, Bolsi), abiotroficzną i dziedziczno- zwyrodnieniową (Klarfeld, Alford, Loewy, Schuster), kiłową (Ostankoff, Tretjakoff, Toporkow, Page, Austregesilo), gruźliczą Cezarrano, Wolfer, Hoffmann), roślinną (Raphael, Parsons, Woodwell) i wiele innych (King, Rowlings, Gruhle, Gestlin, Ewald Coraredo, Wiersma). Żadna z nich dotąd jednak nie zdobyła przekonania ogółu badaczy, żadna nie okazała się celującą, i nie mogła objąć wszystkich postaci dotąd zaliczanych do dem. praex. vel. schizofrenji. Dlatego też wydaje się racjonalniejszem, próby rozwiązania istoty schizofrenji, (a właściwie istoty tych chorób, które się dotąd, bez dokładniejszego uporządkowania ich, tam wtłacza), próby te poprzedzić możliwie dokładnem odgraniczeniem od niej szeregu innych znanych nam postaci. Rzecz naturalna, że, dla braku dotąd charakterystycznego kryterjum dla schizofrenji, owe odgraniczenie jest jednostronne i trudniejsze niźli w wypadkach, gdzie rozpoznawane różniczkowo postacie są dostatecznie klinicznie skrystalizowane. Wymaga przeto ta praca bardzo ścisłego i skrupulatnego djagnostykowania zachorzeń , graniczących z schizofrenją. Wyrażając się językiem chirurgów, musimy się postarać w pierwszym rzędzie o dobrą linję demarkacyjną dla części zdrowych w psychjatrji nim się zabierzemy do sanacji źródła psychjatrycznych nieporozumień. Dopiero po tem zadaniu czeka nas zadanie drugie — rozejrzenie się w materjale pozostałym (na zewnątrz linji demarkacyjnej), poddanie go analizie klinicznej, laboratoryjnej, anatomicznej i wszelkiej innej, w celu poznania, co by z niej mogło się

złożyć na jednolitą formę chorobową. Tą drogą okólną należy, wydaje się nam, zmierzać do celu, gdy zawodzą, jak dotąd, wszelkie najpomysłowsze syntezy.

* * *

Z uwagi na potrzebę większego skonkretyzowania się, o ile chodzi o nakreślenie granic oddzielających inne postacie chorobowe od schizofrenji, — musimy rzucić tu przynajmniej parę szkiców klinicznych dla form, które, być może, u innych autorów miałyby widoki na wejście do grupy schizofrenicznej, a które wynosimy po za jej nawias.

PSYCHOZY PODACZKOWE. Wiemy z doświadczenia i literatury, że wcale nie rzadko, zdarzają się formy tego zachorzenia bez klasycznych napadów świętej choroby tak, że rozpoznajemy je wówczas tylko na podstawie innych znamion fizycznych czy psychicznych właściwych padaczce. Otóż, gdy objawy trwałe, jakoto upośledzenie intelektualne specjalnej natury, zwolnienie przebiegu procesów psychicznych, zaburzenie mowy i t. p., są niezbyt wyraźne, dalej, gdy chory nie produkuje stanów pełnego zamroczenia świadomości ani też innych psychicznych równoważników napadu podaczkowego (absence, zemdlenia), natomiast gdy występują często zaburzenia natury wzruszeniowej w formie rozstroju uczuciowego (Misstimmungen), omamy i rozliczne sensacje, urojenia, dodajmy, fragmentatywnej natury, a prócz tego—stany niepełnego zamroczenia świadomości, — wtedy przypadek taki będzie odpowiadał wszelkim symptomatologicznym wymogom schizofrenji. Bo stany lekkich zamroczeń świadomości mogą dać nam szereg objawów natury senno - marzeniowej (traumhaftes Denken), albo wręcz katatonicznej (Grünthal*), a wzmiankowany rodzaj zaburzenia uczucia oraz fragmentatywność urojeń i myślenia, wogóle, odpowiadają w pewnej mierze kryierjom schizotymiczno- schizonoicznym. Mając tę okoliczność na względzie, musi się być ostrożnym z rozpoznawaniem schizofrenji w przypadkach podobnych. Dokładniejsze badanie charakteru, uzupełnienie pewnych momentów z wywiadów, wreszcie przyjrzenie się przebiegowi, potwierdziło w niejednym z obserwowanych przypadków potrzebę liczenia się z podobną formą psychoz padaczkowych.

Spostrzeżenie I. B. lat 51, stolarz. Wywiad nie daje żadnych pozytywnych dat. Będąc pewnego dnia w oberży, zwrócił na siebie uwagę, że mówi zupełnie bez związku i dziwacznie się zachowuje. Chory twierdzi, że już od pięciu dni umieszczony jest w szpitalu, gdzie wszystkich zabijają, lecz niech już go wolej oddadzą do wojska niż wieszać lub ścinać. On *ma trzech synów, z nich trzeci to on sam* Ojciec zaczarował go, *obrócił w konia* i sprzedał. Chory oświadcza, że *on jest „nic"*, on *„jest papugą,* który został głupcem, bo się dużo uczył". „Teraz wszystko zniknęło, ja djabeł". Chory *uderza rytmicznie ręką po ławce,* gniecie swe prącie, *grymasuje,* to znów *stoi na jednej nodze, przybiera dziwaczne pozy,* czołga się po ziemi. *zachowuje nadane mu pozy,* leży na ziemi niby rozkrzyżowany z otwartemi usty. Chory mówi, *że zabił otaczających go* i prosi o przebaczenie. Lekarza tytułuje „cesarska mość". Woła, że należy *mu odciąć nogę, by się przekonać, czy on jest istotnie on*

*) Porównaj spostrzeżenia podane przez Marchand'a i Thomas'a.

Stan taki z podnieceniami i zwolnieniami trwa miesiące. Dopiero, gdy ostre objawy psychozy poczęły zwolna ustępować, stwierdzono osłabienie umysłu, o cechach charakteru padaczkowego. Napadów kurczowych nigdy chory nie miał. Po paru tygodniach nastąpił nowy przystęp podniecenia.

Opis tego przypadku zapożyczony jest jeszcze od Krafft - Ebing'a. Autor ten kwalifikował go na idiopatische periodische Irresein in Vorn von Delirium (pomieszanie okresowe). Morel zalicza formę taką do psychoz podaczkowych. Mniejsza zresztą o to, kto z nich ma słuszność. Chodzi tu nam o zaakcentowanie, że postacie takie nie powinne być rozpoznawane jako schizofreniczne mimo zewnętrznego podobieństwa do nich. (Do tej kategorji zachorzeń należy, zdaniem naszem, zaliczać również przypadki opublikowane przez Leupoldt'a) *). Pozwalamy sobie na przytoczenie tego spostrzeżenia, dokonanego przed tylu laty, kiedy nie znano jeszcze dem. praex. ani schizofrenji, by unaocznić, jak rozpoznawali ówcześni klinicyści, którzy wolni byli od hypnotyzującego czaru pięknej konstrukcji psychjatrycznej Bleulera. Wszak mielibyśmy i tu wszelkie potrzebne znamiona dla rozpoznania schizofrenji, — „rozpad osobowości", cały szereg „katatonicznych" objawów i typowe „traumhafte" Denken.

POMIESZANIE OKRESOWE dawnych autorów, jako pojęcie klin wydaje się nam, dla braku lepszego, jeszcze dziś aktualnem. Nie mamy tu bynajmniej na myśli przytoczonego powyżej spostrzeżenia, lecz własne obserwacje. Z pomiędzy czterystu ca. chorych mężczyzn w Dziekance jes w chwili obecnej ośmiu (a więc 2% leczonych), którzy mogliby, według dawnej nomenklatury, nosić to rozpoznanie, a których obraz kliniczny raził by swoją odrębnością, gdyby go zaliczyć do schizofrenji, a także okazał by się co najmniej wybitnie atypowy, gdyby go wtłoczyć do każdej innej przyjętej dziś formy zachorzenia psychicznego. Oto przykład:

Spostrzeżenie II. B. B. lat 36 robotnik. Ojciec i dziad—alkoholicy. Siostra otępiała, miewa stany pomieszania P. zachorował 6 lat temu. Pod względem fizycznym i nerwowym—nic godnego uwagi. Chory podaje dość dokładnie personalja, w dalszej rozmowie ogranicza się do *stereotypowego „nie wiem"*. W czasie i otoczeniu orjentacja niedokładna. Stwierdzić udało się pewne otępienie intelektualne.

Spokojny, *zamknięty w sobie*. Kontakt z otoczeniem dość luźny. W parę miesięcy po przyjęciu podniecił się. Sądzi, że jest w Olkuszu u lekarza. Zagadnięty, co za ludzie go otaczają, poczyna się rozbierać, „no to dawaj pan swoje spodnie", mówi z uśmiechem, „bo moje liche, a pańskie lepsze....., czy pan zna Kraków? Kraków austryacki, któż kazał wysyłać broń!? (czy jest zdrów?) *„teraz Bogu dzięki jestem chory"*. Zagadnięty czy słyszy głosy—„pan jest ze wsi, czy pan jest z miasta?..... nie, ja gardzę pieniądzmi..... kto będzie płacił?" (za co?) „a no, za pismo i teraz, za życie".

Mowa wybitnie rozprzężona i fragmentatywna tak, że *braknie zupełnie związku pomiędzy poszczególnymi frazesami*. Chory źle sypia, dużo mówi, wzgl.

*) Leupoidt, c. v. Aetiologische Analysen, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Psych. Bd. 94. 1924.

mruczy coś do siebie, *grymasuje, powtarza stereotypowe ruchy* dłonią i ramieniem, jak by chciał coś zgarnąć. Podniecenie ruchowe nieznaczne. P. zapoznaje otoczenie. Stan taki trwa 3 tygodnie, poczem następuje stopniowo uspokojenie. Chory źle przypomina sobie, co się z nim działo w okresie podniecenia, jest przytem jakgdyby zawstydzony. Spokojny, zorjentowany. Nieco tylko *odludny i apatyczny.* Badanie pod względem intelektualnym w okresie tym pozwala stwierdzić otępienie umysłu, odpowiadające, w przybliżeniu, 12 latom wieku. Jest zborny, nie zdradza jednak żadnych życzeń, w szczególności, odnośnych zwolnienia go z zakładu. W miesiąc później—nowy przystęp podniecenia. Żąda by mu lekarz oddał swe ubranie, niekiedy mówi coś do siebie, to znów robi ruchy jakgdyby odgarniał. Mówi coś o powozie, żąda by mu oddano pieniądze, usiłuje zerwać lekarzowi pierścionek z palca, oświadcza, że on wszystkich zaaresztuje. W ruchach, w porównaniu do wielomówności, jest stosunkowo spokojny. P. widocznie nie poznaje otoczenia, nie wykonuje zleceń. „Sprzedaj mi tę laskę za tysiąc rubli, a nie, to odwieź mnie do Pana Boga, a nie, to do Krakowa, zanim wyciągnę szablę. *Oddaj mi ten pierścień, ja z tobą wezmę ślub*", mówi do lekarza. *„Jak chcesz żyć, to musisz w rowie nogi trzymać, a za indultem koń". Na zlecenie, by usiadł—wysuwa język i obraca się trzykrotnie wkoło siebie.*

Stwierdzono, że chory w ciągu ostatnich lat znacznie otępiał. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez znamion chorobowych. B.-W. w krwi i w płynie ujemny. Stan podniecenia, naprzemian z okresami względnego spokoju i normalnej świadomości, powtarza się dość regularnie.

Spostrzeżenie III. I. M. lat 30, robotnik. Dziedzicznie rzekomo nie obarczony. Uczył się dobrze. Chorób gorączkowych, kiły—nie przechodził. Zachorował przed trzema laty. Choroba zaczęła się od bezsenności. M. przestał pracować. Wygłasza mowy treści religijnej, po nocach krzyczy. Na pytania odpowiada szeregiem zdań bez związku. Co do miejsca, czasu i otoczenia, orjentuje się niedokładnie. Stan ten z nieznacznemi wahaniami utrzymuje się w przeciągu kilku tygodni. Chory przeważnie mówi dużo, *mowa jest nacechowana rozprzężeniem kojarzeniowem. Zmanierowany, stereotypowy we wszystkich swych przejawach.* Niekiedy jest *wyraźnie negawistyczny.* (Tak streszczoną kartę szpitalną, zaopatrzoną w rozpoznanie schizofrenia, przysłano wraz z pacjentem do Dziekanki).

Pod względem fizycznym i nerwowym nie przedstawia chory nic szczególnego W dwa tygodnie po przyjęciu pacjent się uspokaja i udziela następującego wywiadu przypomina sobie, ze słów rodziców, że będąc dzieckiem, miał jakieś kurcze czy konwulsje. W jesieni zeszłego roku „pokręciło mu się w głowie". Sądził, że musi wygłaszać kazania, pokazywała mu się monstrancja, widział również djabłów. Wszystko to szło jedno po drugiem „jak maszyna" i trwało blizko miesiąc. Powtórnie zdarzyło mu się to już w poprzednim zakładzie psychjatrycznym. Widział czarne plamy na ludziach, mówił kazania.

Eksploracja dokładna dziedziny intelektualnej wykazała oznaki otępienia umysłu oraz pewne cechy zwyrodnienia podaczkowego: egocentryzm, mitrężność i powolność w myśleniu zresztą dość słabo wyrażone. Płyn mózgowo-rdzeniowy czysty. Hyperleukocytoza minus, globuliny (Pandy) ++ B.—W. w płynie i krwi ujemne.

Pacjent mówi cóś niezrozumiałego, grymasuje, niekiedy szepce cóś tajemniczo do siebie, to znowuż przybiera *posągowe pozy,* w których trwa długą chwilę. Inny raz fika koziołki po murawie, wymyśla i woła. *Badającego* nie *nazywa* wprost lekarzem,

lecz *inspektorem, doradcą wyższym, sędzią; jednak rozumie, że z lekarzem ma do czynienia.* Poczyna niespodzianie lamentować, wszystkich przepraszać, całować buty pielęgniarzom, prosić, by mu darowali ojca i jego winy. Już po chwili—usposobienie pogodne. *W mowie trwa zupełne pogmatwanie tematów.* Podniecony, zdezorjentowany *wykonuje bezładne ruchy,* drze ubranie, atakuje otoczenie. Mówi. „ja jestem M., a córka Helena Sikora, lat 289, bo to jest szkaplerz, muszę to namoczyć w żyrce (?)..... *ja jestem Stachowiak,* a ty jesteś sercem mojem". Wskazuje, że ma sensacje w okolicy serca. „Dziewiętnasta..... piętrze, jedenastą, szesnastą, bo tu jest serce, trzeba je ścisnąć żeby zguba, ... bo Stachowiak jest sprawiedliwy, a ja nie jestem żyd, tak jak Poręba mówi..... ale brak mi zębów. Tu jest chowana księżna, to jest ojciec dzieciąt..... Helena M. to jest tak *ślub ogólny,* jak by ktoś zmarł albo, co wy teraz jesteście sędzią, *a ja jestem zabity wczoraj „(śmieje się)".* „Ręce muszę malować, bo tu jest ścięte". Klęka, modli się, *uderza rytmicznie kolanami o podłogę—„to na przykład". Lekarza nazywa Bogiem Ojcem, sędzią i policjantem, mimo że go zawsze poznaje i traktuje jako lekarza.*

Stany podniecenia zmieniają się ze stanami „czystemi" nawzajem w sposób wybitnie okresowy i trwają za każdym razem po dwa, trzy tygodnie. W okresach wolnych od podniecenia, poza objawami otępienia i, stąd pochodzącą, lekką apatją, — nic szczególnego.

U obu tych chorych, którzy przybyli do Dziekanki z innych zakładów, była rozpoznana schizofrenja.

W spostrzeżeniach ostatnich, jak też w przypadkach pozostałych, niezacytowanych tu dla braku miejsca, zwraca na siebie uwagę badacza kilka wspólnych i stałych rysów charakterystycznych dla nich.

Są niemi: okresowość, zwolna postępujące otępienie i charakter pomieszaniowo- bredzeniowy psychozy z towarzyszącym jej znacznym stopniem zakłócenia świadomości. Proces myślowy w okresie podniecenia ma niektóre cechy myślenia onirycznego (jak w zamroczeniu) i tem może imponować jako schizofreniczny, a powstała, wskutek otępienia, pewna apatja powoduje rozluźnienie kontaktu z otoczeniem, co wygląda, również, tylko pozornie na autyzm.

Oczywiście, że każdy z objawów przytoczonych może się zdarzyć także i w schizofrenji, jednak ścisły ich zespół i przebieg psychozy w przypadkach zacytowanych różni się tak dalece od obrazu pozostałych schizofrenicznych form, że zaliczenie ich do ostatnich, pozbawiło by grupę schizofreniczną jakichkolwiek cech charakterystycznych. Mają te postacie pewne też podobieństwo do psychoz padaczkowych (o przebiegu pozbawionym napadów kurczowych i pełnych równoważników. psychicznych). Z drugiej strony obserwujemy coś podobnego w przypadkach oligofrenji (w stanach psychicznego podniecenia, po przebytych np. w dzieciństwie organicznych sprawach mózgu). Daje ona obraz otępienia, oraz okresowy przebieg psychozy w formie, już to częściowego zamroczenia świadomości, już to pomieszania i bredzenia. Z opisanych jednak powyżej spostrzeżeń stwierdzamy, że upośledzenie intelektualne jest tu nabyte i, w miarę czasu i rozwoju psychozy, postępuje (co zbliża ją znowuż do padaczki.) Rzecz naturalna, nie znamy dziś etjologji wyodrębnianej tu postaci, jednak stwierdzić musimy, że

opisane formy mają właściwe sobie cechy symptomatologiczne i kliniczne, które bynajmniej nie charakteryzują schizofrenji i zasługują by je traktować oddzielnie od ostatniej, niezależnie od tego, czy będą one zaliczane do psychoz padaczkowych, pozapalnych, intoksykacyjnych, czy wreszcie, dla braku ściślejszych momentów etjologiczno-rozpoznawczych, — pozostawimy je w dawnej grupie pomieszania okresowego.

NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY, jak wiemy ma bardzo różnorodną etjologję.

Zajmują nas tu w pierwszym rzędzie postacie, które są połączone z psychozą, wypływającą z istoty zachorzenia podstawowego. Niedorozwój, prezentujący się jako goły minus potencji psychicznych, a spowodowany czynnikami, które li tylko psychizm hamują, żadnych natomiast ośrodków jego specjalnie chorobowo nie pobudzają, — nie wchodzi tu w rachubę. A więc pragniemy mówić przedewszystkiem o formach oligofrenji powstałych na skutek czynników zapalnych, infekcyjnych, a po części, intoksykacyjnych. W nader wielu takich przypadkach, proces, poczyniwszy raz spustoszenia, nie wygasa całkowicie, tli się tu i owdzie, lub daje, od czasu, znać o sobie wybuchami wyraźnej psychozy. W innych znowuż razach, stwierdzamy punkty podrażnienia w mózgu, jak oto blizny pozapalne, względnie inne anomalje wygojenia. To też i symptomatologja psychoz, mających swe źródło w niedorozwoju psychicznym jest również bardzo urozmaicona. Między innemi wiemy, jak często głuptak produkuje objawy katatoniczne. Rozliczne para i bradykinezy, steryotypje, negatywizm, mutyzm i cały szereg roślinnych symptomów katatonicznych—są także właściwe oligofrenji, jak każdej innej organicznej chorobie mózgu, o ile tylko proces zachorzenia zawadzi o jądra szare, wzgl. okolicę podstawy mózgu. Oczywiście, mamy tu na myśli objawy katatoniczne w sensie ścisłym i właściwym definicji Kahlbauma.

Gdy ubytek intelektu u głuptaka nie jest znaczny, a więc podłoże obecnej ostrej psychozy nie uderza badającego swą wyrazistością, gdy, dodajmy, wywiad, zebrany o chorym zawiera również skąpe w tej materji daty — łatwość popełniania błędu djagnostycznego na korzyść schizofrenji jest tu wówczas wielka.

Zwłaszcza wrodzona kiła, jak wiemy, jest tym czynnikiem etjologicznym, na który przypada gros psychoz połączonych z niedorozwojem. To też szereg autorów, przeważnie rosyjsk. (Ostankoff, Tretjakoff, Toporkow) hołduje drugiej skrajności, gdyż nawet kliniczną koncepcję całej schizofrenji usiłuje przenieść na etjologiczne podłoże kiły. Mówi się więc zamiast o psychozach kiłowych, o schizofrenji, a w najlepszym razie, przy uwzględnieniu niedorozwoju psychicznego, — o t. zw. formach „zaszczepionych". Wydaje się nam jednak, że termin „Propfhebefrenie" nie byłby w wypadkach podobnych na miejscu, gdyż imputuje on pojęcie przyniesienia choroby z zewnątrz, podczas gdy w przypadku omawianym objawy hebefreniczno- katatoniczne wyłania sama, powodująca niedorozwój, choroba podstawowa. Zespół ten jest tu więc integralną jej częścią.

Nie zawsze jednak pewne znamiona katatoniczne u głuptaka mają już świadczyć o destrukcji natury organicznej w jego mózgu. Jak objaw Babińskiego oznacza u dorosłego wyzwolenie się (wskutek pewnych organicznych zmian w układzie nerwowym), z pod wpływu wyższych ośrodków ruchowych, autonomicznych lokalnych centrów ruchu, a u niemowlęcia tenże objaw oznacza tylko tyle, że te ośrodki wyższe jeszcze się nie rozwinęły w tym stopniu, by dominować, — tak też i w dziedzinie ekstrapiramidowej może więc ostatnia przeważać nad psychizmami wyższemi nie jedynie z przyczyny powstał. destrukcyjnych zmian organicznych w mózgu (stawiających ją w dissocjację do kory i wyzwalających z pod jej wpływu). Istniejąca od urodzenia przewaga archaicznego psychizmu i niedorozwoju wyższych ośrodków hamujących i regulujących, sprawia że głuptak w ten sposób, już z natury zachorzenia, jest, że się tak wyrazimy, uprawniony do pewnych katatonicznych przejawów.

W związku z tem nie możemy pominąć milczeniem momentu, który odgrywa nieomal pierwszorzędną rolę przy rozpoznawaniu psychoz schizofrenicznych, a który jest niemniej właściwy niedorozwojowi psychicznemu. Mowa tu o rozlicznych reakcjach i produkcjach puerylnych, które u dziecka zdrowego są przejawami normalnemi i, znamionując duszę na wcześniejszym stopniu ontologicznego rozwoju w ogóle, występują też tam, gdzie ona nie mogła osiągnąć poziomu psychizmu dorosłego człowieka wskutek choroby. A więc: nie dość uporządkowany sposób myślenia, skłonność do tworzenia neologizmów, perseweracje i stereotypje, zmanierowanie, grymasowanie, niedostateczne rozgraniczenie uczuć przyjemnych od przykrych (disthymia). Objawy te zdolne są zabarwić na sposób specyficzny każdą psychozę, powstającą w wieku dziecięcym i młodocianym i nadać jej pewien „hebefreniczny" wygląd (Lange, Homburger). Cóż dopiero gdy chodzi o niedorozwój psychiczny, który cofa psychizm o kilka, kilkanaście lat w dzieciństwo.

Ponieważ, dalej, w przypadkach niedorozwoju psychicznego mamy również wszelkie powikłania psychiczne, właściwe przebiegowi psychoz padaczkowych, przeto, by się nie powtarzać, stwierdzamy tu, że powiedziane o odgraniczeniu tej ostatniej grupy od schizofrenji, odnosi się również i do postaci oligofrenicznych.

Drugi biegun obecnej grupy schizofrenicznej styka się z różnemi zachorzeniami natury czynnościowej i zwyrodnieniowej. A więc:

PSYCHOZA SZAŁOWO-POSĘPNICZA. W typowym swym przebiegu jest to nieomal przeciwieństwo kliniczne i symptomatologiczne do Bleulerowskiej grupy. Chodzi nam tu jednak o wykreślenie miejsca dla słupów granicznych między temi zachorzeniami tam, gdzie się granice zacierają i przez to umożliwiają niepomierne powiększenie terytorjum jednej grupy kosztem drugiej. Jedną więc ze stałych i zasadniczych różnic przebiegu jest remisyjno-ekzacerbacyjny charakter pierwszej, a cykliczny — drugiej. Rzeczą jest zrozumiałą, że, jeśli ta zasadnicza różnica przy rozpoznawaniu nie będzie brana w rachubę, — to schizofrenja straci najwłaściwszą dla swego przebiegu cechę kliniczną. Wprawdzie, okresy zwolnienia mogą w przebiegu schizofrenji

stanowić niekiedy daleko posunięty regres objawów chorobowych, *nigdy jednak nie równa się on całkowitemu zdrowiu psychicznemu.* Spostrzeżene to potwierdzają prace Müller'a i Lange'go.

Że w przebiegu psychozy m.-d. występują niekiedy w mniejszej lub większej ilości, zaburzenia psychormotoryczne i prawdziwe objawy katatoniczne oraz halucynacje, strzępy przygodnych urojeń i pewne cechy rozprzężenia myślowego, — wiedzą o tem wszyscy badacze. Lange stwierdził, że zespół katotoniczny zachodzi tu często, zwłaszcza w wieku najmłodszym i u starców. Powstanie więc jego w psychozach man.-dep. (jeżeli nie zależy od przypadkowych komplikacji) ma tu tenże charakter dziecinady i reakcji puerylnego psychizmu, który, jak już wzmiankowano na innem miejscu, cechuje niektóre zaburzenia katoniczne osobników psychicznie niedorozwiniętych i wybitnie młodych.

Na innem miejscu usiłowaliśmy ustalić, że nawet istotne objawy katatoniczne nie są bynajmniej jądrem schizofrenji, lecz zespołem występującym w wielu różnych zachorzeniach. Cóż dopiero mówić o takich ogólnego znaczenia produkcjach psychicznych, jakiemi są omamy, urojenia, lub pewna niezborność w myśleniu. To też, z drugiej strony, stwierdzenie ich w pewnym przypadku zachorzenia nie wyklucza eo ipso rozpoznanie psychozy man.-depr.

Z doświadczenia wiemy, że ten sam stan manjakalny (psych. szał.-posępn.) w jednym przypadku zachorzenia jest przedewszystkiem nacechowany uczuciem pogody i nie powoduje zbytniego rozstrzelenia myśli, (nawet przy znacznem nasileniu manji), w innych znowuż razach charakteryzuje pieniaczeniem, kłótliwością i wybuchami gniewu. Znamy również i taki przebieg manji, gdzie, przy już nieznacznem podnieceniu ruchowem i w mowie, udaje się zauważyć wysoki stopień niezborności psychicznej w ogólności, a zwłaszcza procesów myślowych. Dla tego też znajomość ostatniej okoliczności nie pozwoli badającemu zaliczać przypadków podobnych do schizofrenji już tylko z tytułu zaobserwowanego objawu, stojącej inadekwatnie do nasilenia gonitwy myślowej, inkoherencji.*

Znanem jest również, że niektóre formy obłąkania szałowo- posępniczego rozpoczynają się pierwszą fazą manjakalną, mającą wszelkie cechy typowego stanu pomieszania. Dopiero fazy następne nabierają cech charakterystycznych dla manji wzgl. melancholji.

Spostrzeżenie IV. A. K. lat 36, żona sołtysa. Jeden jej brat w wieku lat 24 cierpiał w przeciągu blizko pół roku na, bliżej nie dającą się określić, psychozę. K. jest od 10 lat zamężna, ma 7-mioro dzieci. Wszyscy psychicznie zdrowi.

Pewnej nocy (w roku 1915), zupełnie nagle, wystąpiły u niej objawy choroby psychicznej. Poczęła wołać i przeklinać, wymyślać na sąsiadów, robiła swemu mężowi sceny zazdrości, nie jadała. Zniszczyła swoje łóżko, bo, jak motywuje, okradziono ją. Podczas przyjęcia śmieje się i płacze, to znów rzuca się do sprzętów, by wszystko demolować. Pytania badającego pozostawia najczęściej wręcz bez odpowiedzi i widocznie, zajęta wewnętrznemi przeżyciami, nie słyszy ich. Twarz niekiedy (przez parę godzin) wyraża osłupienie. Chora jest nieruchoma i widocznie zupełnie zdezorjentowana. Odmawia przyjmowania pokarmu, nie motywując niczem tej odmowy. Sen niedostateczny. Grymasowanie, dziwaczne zachowanie się, wielomówność, silne podniecenie

*) Użyliśmy tu terminu tego (za Wernicke'm, Ziehen'em i Joly) w sensie rostrzelenia myślowego, właściwego manji.

ruchowe. Raz p. jest w stanie osłupiałym, niesprzystępna i zahamowana, to znów, już po paru godzinach, poczyna wszystko demolować, drzeć na sobie ubranie. Przy tem nieustannie mówi. Czwartego dnia po przyjęciu musi się chorą sztucznie odżywiać. P. stale *odmawia przyjmowania pokarmu, bo* jak powiada, mąż ją bardzo pobił i *była bardzo „przejęta"*. W przeciągu dnia zupełnie spokojna, w nocy zaś poczyna ponownie skakać, śpiewać, nieustannie mowić, demolować wszystko, co ją otacza. Oświadcza, iż ktoś jej powiedział, że musi krzyczeć, że *pragnie w zakładzie pozostać* na stałe, *tylko należy pozamykać wkoło drzwi i okna*. Będzie jej tutaj jak w niebie. Nie poznaje otoczenia ani miejsca. *Człowiek o szarej głowie nakazał jej wyrywać włosy* z głowy i krzyczeć. Ten mały człowiek siedział na jej łóżku, ona go nie zna. Mówił: „matko, matko, daj twój włos". Te głosy jej tak mówią, bo jest zła. Zanieczyszcza się, brudzi się łajnem. Każe sobie podawać do jedzenia tylko kartofle, sól i wodę.

Dwa dni później: oczy ma wciąż zamknięte, modli się, nie odpowiada na pytania Tegoż dnia po południu: krzyczy, grozi, drze bieliznę, jest bardzo podniecona ruchowo. *Zamyka sobie rękami usta, grymasuje, przybiera dziwaczne pozy*. Zanieczyściła się łajnem i posmarowała się niem. Zdezorjentowana, nie może znaleść swego łóżka. Otwiera usta, lecz nie mówi, wzdycha, woła „o Jezu".

Przy końcu miesiąca stan chorej się znacznie polepszył. Jest spokojna i zborna. Nie pamięta nic z przebytej choroby Po kilku dniach zostaje zwolniona jako wyleczona.

Pół roku potem występuje już zupełnie typowy stan melancholji z urojeniami samooskarżenia, silną depresią i zahamowaniem. Trwa stan taki trzy miesiące, potem zwolna przechodzi w stan manjakalny: chora ożywia się, przejawia dużo inicjatywy i przedsiębiorczości, nieustannje mówi, źle sypia. Włóczy się całemi nocami po okolicy, kradnie sąsiadom kury, gęsi i niepotrzebne nikomu drobiazgi, lub przesiaduje w karczmie.

Odtąd regularnie dwa razy do roku zmienia się stan manjakalny na depresyjny. Choroba trwa już dziesięć lat.

Pierwsza faza zachorzenia, brana oddzielnie, przedstawia się klinicznie, jak stan pomieszania z silnem zakłóceniem świadomości, a ze względu na niektóre „katatoniczne" objawy i naturę urojeń, może niektórym badaczom imponować też jako schizofrenja. Jest to jednak tylko, że się tak wyrazimy, jeszcze nie poróżniczkowana mieszanka melancholji i manji naraz. W dalszym ciągu zachorzenia przejawiają się formy te w sposób już skrystalizowany i wyraźny.

PARAFRENJA. Sprawę wyodrębnienia tej postaci od dem. praex. przesądził już Kraepelin. To też, poza szkołą zurychską, nie dużo jest zwolenników pozostawienia jej w łonie bleulerowskiej grupy. Zdecydowanemi tego przeciwnikami zaś są Piotrowski, Bielawski, Lewis, Skliar, Schuster, Greco, de Fursac, Cellier i wielu, wielu innych. Niektórzy z nich zaliczają do psychoz paranoidnych i łączą z parafrenją również paranoidną formę schizofrenji. (Cellier, Skliar, Schuster, Greco, Lewis. *). Z przyczyny braku ściślejszej charakterystyki tej ostatniej, pojmuje ją i zakraja każdy badacz na inny sposób tak, że dziś jest wręcz trudne porozumienie się pomiędzy klinicystami, co rozumieć pod pojęciem dementia paranoides, a co pod parafrenją. W każdym razie wydaje się nam, że parafrenja Kraepelina z jej podformami (systematica, expansiva, hallucynatoria, confabulatorja) jest może trochę zbyt szematyczna. Nie zawsze się udaje odnieść psychozę do jednej z wyszczególnionych tu form, mimo, że nie brak jej zasadniczego (pozytywnego) kryterjum, którem jest ukształtowanie się urojeń na podstawie doznawanych omamów, **) oraz kryterjów negatywnych tj. braku podo-

*) Autor ten zalicza parafrenję do psychoz manj.-depr.
**) Piotrowski. — Kilka uwag w przedmiocie schizofrenji. Now. Psych. 1925.

bieństwa do innych psychoz schizofrenicznych, braku znamion rozdzwięku pomiędzy uczuciem i wolą, a procesami myślowemi z drugiej strony, wreszcie — braku otępienia.

Pozostaje nam jeszcze omówić stosunek do schizofrenji form chorobowych o naturze funkcjonalnej, mechanizmach, reaktywnych, a których tłem jest

ZWYRODNIENIE PSYCHICZNE. Niektóre z pomiędzy nich odpowiadają pod względem symptomatologicznym całkowicie koncepcji Bleulera. Mamy tu więc autyzm kompleksowego pochodzenia, proces myślowy ma wszelkie znamiona „traumhaftes Denken", no i wreszcie zachodzą w przypadkach takich również często rozliczne zaburzenia natury psychomotorycznej. Dla tego też formy te są zupełnie uprawnione do pozostawienia ich przy schizofrenji. Jednak, rzecz jasna, będą te formy odbijać rażąco od innych do niej wcielonych, jak np. od postaci blizkich typowi Morel'a i Heckera, — ciężkich, nieuleczalnych, prowadzących do specjalnego typu otępienia. Różnice pomiędzy niemi są natury klinicznej, etjologicznej i symptomatologicznej. Bo, choć podłoże choroby, w rodzaju opisanej przez Morel'a jest dla dzisiejszych badaczy szeregiem domyślników, to jednak, wiemy to z góry, że się będzie ono różnić od etjologji np. schizotymji bornsteinowskiej, katatonoida Bielawskiego lub przypadków opisanych przez Clauda, Borel'a i Robin'a, gdzie już sami autorzy przyjmują naturę reaktywną tych zachorzeń. Różnica zaś symptomatologiczna jest również bardzo wielka, a mechanizmy stojące za produkowanemi objawami są wręcz odmienne tu i tam. Tu proces psychiczny i jego kompleksy są tymi czynnikami pierwotnymi, które wywołują zmianę w ustosunkowaniu psychicznem kory do ośrodków niższych (szarych jąder), wyłaniając rozliczne fenomeny właściwe zakłóceniom harmonji w tej dziedzinie mózgu. Jak histeryk może zaprodukować nam pewne troficzne i motoryczne objawy, tak też i schizotymji będą właściwe zespoły „katatonoidne" i „heboidne". Jednak na wszystkich objawach tu produkowanych leży piętno „psychorodności" i sprawia, że możemy się wczuwać w stan taki, a także po części wpływać psychicznie na przebieg i utrzymywać jaki taki kontakt z psychizmem chorobowym pacjenta, nawet przy silnem zakłóceniu władz psychicznych u ostatniego. W przypadkach zaś dementia praecox sensu stricto Morel'a podstawa mózgu jest zaatakowana pierwotnie, a zmiany powstałe w następstwie tego procesu pozwalają tylko na nieznaczną poprawę, gdyż są one natury organicznej, zwyrodnieniowej i powodują defekty w tkance szlachetnej mózgu.

Dla tego też nasuwa się tu myśl, że w celu uniknięcia rozbieżności i sprzeczności etjologicznej, symptomatologicznej i klinicznej w łonie jednej grupy klinicznej, to znaczy bleulerowskiej schizofrenji (stawiając typ Morel'a obok przypadków funkcjonalnych), jeżeli już termin schizofrenji ma być w psychjatrji zatrzymany, to przez wzgląd lojalności dla jej autora, należy (za szkołą św. Anny) uważać za schizofreniczne tylko formy stanowiące niejako skondensowanie konstytucji schizoidnej. Na tle tem powstać może psychoza natury funkcjonal-

nej, a o cechach schizoidnej reakcji. Stanowiła by ona obok z psychozą Ganzera, przypadkami psychoz histerycznych, paranoją i innemi reakcjami psychicznemi, jedną z podgrup reakcyj psychotycznych u psychopaty.

Od nich, za Magnanem, odróżniać będziemy jednak postacie, które francuzi nazywają „delire chez les dégénérés, a niemcy „Wahnbildung der Degenerirten". Mają one przebieg okresowy, albo napadowy (bouffé délirant) i nie stanowią niezbędnie reakcji na psychiczne traumy. Fenomenologicznie mogą się przedstawiać zarówno jak tamte.

* * *

Po tak dokonanej rewizji różnych form klinicznych stykających się z schizofrenją, a po części dziś do niej zaliczanych, — pozostaniemy przy liczebnie dość szczupłej grupce postaci klinicznych, wynoszących według obliczeń dokonanych w roku ub. na oddziałach moich w Dziekance około 5% wszystkich zachorzeń. Wyłania się z nich dość wyraźna sylwetka hebefrenji—dem. prx. (Morel'a) i katatonji sensu stricto (Kahlbaum'a). Prócz tych wydaje się nam, zasługuje na wyodrębnienie postać, która zachodzi jeszcze rzadziej niż powyższe, a w niektórych swych odmianach (gdy się dołączy do niej większa ilość objawów katatonicznych) zbliżona jest do formy melancholia attonita Baillarger'a, depressive Verblödung Kraepelina, melancholia cum stupore innych autorów. Bleuler o tyle słusznie zalicza ją do schizofrenji, że traktuje odrębnie od psychoz manjakalno-depresyjnych. Sam termin „melancholia attonita" z powodu swego brzmienia przyczynia się już po części do zaliczenia określanych przez nią postaci do psychoz cyklicznych, mimo zasadniczej między niemi różnicy. Dla tego też właściwiej by było (gdy chodzi o formę czystą tego zachorzenia) nazwać ją obłąkaniem bolesnem. Zbliżonymi doń są przypadki w rodzaju opisanych przez Minkowskiego*), pod nazwą „melancholja schizofreniczna", a jeszcze bardziej — podane w spostrzeżeniu Fammenne'a**), (mimo, że są one tam rozpatrywane w oświetleniu odmiennem, psychorodnem) i Halberstadt'a.

Oto główne cechy omawianej postaci — obłąkania bolesnego:

W wywiadzie zazwyczaj nic szczególnego, *niekiedy gryppa* (Fammenne). Cierpienie rozpoczyna się zwiastunami, jak to: częste bóle głowy, zły sen, lęki, niepokój i depresja, niezdolność do pracy, rozluźnienie kontaktu z otoczeniem.

Wkrótce potem, najczęściej nagle, wpada chory w stan pomieszania (większego lub mniejszego stopnia): przyćmienie świadomości, fragmentatywne, najczęściej uczuciowo ujemnie zabarwione urojenia, silny niepokój ruchowy, wreszcie przykrej treści omamy, przeważnie o somato-psychicznym charakterze. Niekiedy też chory wpada w osłupienie (pomieszaniowej natury). Stan taki trwa dnie i tygodnie, a na zmianę mu przychodzi stopniowo okres chroniczny.

Tu uderza nas w pierwszym rzędzie, jako objaw zasadniczy, swoisty rodzaj depresji, depresji, która *nie jest bynajmniej adekwatną* (jak w melancholji) *do treści* procesów myślowych, ani też, tem mniej, ta smutna treść jej

---

*) Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de melancholie schizophrénique. (Journ. de psychol. norm. et pathol. 1923.)

**) Un cas de melancholie avec troubles de la cinesthesie. (Journ. de neurol. et de psych. 1924.)

systematycznie nie towarzyszy. Przeciwnie, jest to *pierwotne niejako halucynowanie bólem rozlanej natury*, którego wyraz intelektualny może wręcz nie istnieć wcale, a w każdym razie stosunek idej do uczucia jest przypadkowy, przejściowy, niekiedy niedorzeczny. Zdarza się bowiem, że chory taki, podczas, gdy twarz jego skażona jest niewymownym bólem, a zachowanie się całe wyraża rozpacz, — wygłasza urojenia treśc obojętnej, lub dopuszczające (normalnie), kojarzenie się z dodatnim tonem uczuciowym, jak np. — ideje wielkości.

Objawami ubocznymi, lecz często towarzyszącymi stanowi temu, są wszelkie zaburzenia ruchowe, czuciowe i psychiczne, typu katatonicznego, a więc perseweracje, werbigeracje, stereotypje, — bradyfrenja i bradykinezja wogóle, niekiedy zmiany w dziedzinie czuć protopatycznych. (Ztąd też kombinacja tych objawów z obłąkaniem bolesnem nosiła nazwę melancholia attonita).

Przebieg choroby jest przewlekły, daje zwolnienia i obostrzenia.

W fazie końcowej „halucynacja bólem" traci na nasileniu, natomiast daje się stwierdzić większy lub mniejszy stopień osłabienia władz psychicznych, polegający w pierwszym rzędzie na 1) *rozprzężeniu pomiędzy życiem afektów i popędów, z jednej strony, a korą, z drugiej strony, 2) na przytępieniu afektywnem* i wreszcie niekiedy 3) na niepośredniem osłabieniu intelektu, które jest prawdopodobnie następstwem domniemanego czynnika intoksykacyjnego z okresu pomięszania.

Okres chroniczny zachorzenia zakończa też ezęsto zgon, przy objawach silnej kacheksji. W tym stadjum stwierdzamy u chorego częto gruźlicę ogólną, lecz, jak w katatonji, tak i tu, jest rzeczą conajmniej wątpliwą, czy gruźlica usadowiła się tu pierwotnie, czy też, przeciwnie kacheksja jest spowodowana jakiemś zatruciem, które leży w etjologji procesu, gruźlica zaś przyłączyć się mogła wtórnie.

Anatomja patalogiczna zachorzenia tego rodzaju nie jest jeszcze ustalona z przyczyny tej, że dotąd nie zwrócono żadnej uwagi na tę postać, nie traktowano jej odrębnie od schizofrenji. Na podstawie jednak prac Head'a, Buscain'a, Ansalone'a Bolsi, Boettiger'a, Olmer'a, Roger'a, Chirai i Lafonrad'a Richard'a Berre'a Spiller'a, Mc. Neil'a ma się pewne dane, że jest to proces intoksykacyjny, degeneratywny, a usadowiony w pewnych częściach wzgórza wzrokowego i jego okolicach — striatum oraz, że proces ten, co do lokalizacji, blizki jest stanom podobnym, spotykanym w chronicznej El.

Trzy te postacie — katatoniczna, hebefreniczna i bolesna, stanowią jądro ciężkich zachorzeń psychicznych, gdzie restitutio ad integrum jest wypadkiem rzadkim i wyjątkowym. Ich przebieg i zejście przemawiają za tem, że mamy tu do czynienia z trwałemi zmianami organicznemi w mózgu, o czem, zresztą, będzie mowa poniżej. Tu pragniemy tylko raz jeszcze stwierdzić, że należy je wyeliminować ze schizofrenji, jeśli pod ostatnią mamy za Bleulerem rozumieć li tylko egzagerację usposobienia konstytucyjnego. Dla tego też, odtąd, jeżeli używać będziemy terminu hebefrenja, katatonja wzgl. obłąkanie bolesne, to pod pojęciem tem w żadnym razie nie należy rozumieć ani synonimu ani podgrupy schizofrenji, tylko zespoły odrębne i odmienne od niej. Wyodrębniając hebefrenję (Morel), katatonję (Kahlbaum), oraz obłąkanie bolesne od schizofrenji, nie łączymy je narazie bynajmniej w jedną grupę, jednak musimy podkreślić parę cech wspólnych im wszystkim. Są niemi: a) niepomyślny przebieg psychoz, prowadzący do pewnego końcowego stanu o trwałych zmianach w ustosunkowaniu wzajemnem psychizmów wyższych i niższych, b) sąsiedztwo ośródków w mózgu, według naszego stanu wiedzy, jedynych, mogących nam wytłomaczyć produkowane syndromy, c) pewna wspólność momentów etjologicznych. Otóż ad c) należy zauważyć, że we wszystkich tu wyszczególnionych trzech postaciach możemy stwierdzić dla jednych przypadków wybitną rolę usposobienia dziedzicznego do zachorzenia, dla drugich — wpływ

na powstający tu proces zwyrodnieniowy u podstawy mózgu czynników nabytych toksycznej natury. Wydaje się, że etjologja przypadków ostatnich nie jest zbyt jednolita. Szkarlatyna, tyfus, gruźlica, niekiedy kiła, wewnątrz wydzielane toksyny, oraz jad powstający przy innych ostrych i przewlekłych ogólnych sprawach ustroju — są tymi momentami, dającemi impuls do procesu zwyrodnienia nieodpornej na nie części mózgu, którą w naszych wypadkach jest jego podstawa.

Oczywiście, że przebieg formy dziedziczno - zwyrodnieniowej (czy to w katatonji, hebefrenji, czy postaci bolesnej) będzie się w szczegółach różnił od nabytej formy zwyrodnienia szarych jąder. Tak więc forma dziedziczna hebefrenji, obejmująca całe pokolenia, ma przebieg wolniejszy, cichszy no i bardziej postępujący niźli hebefrenji nabytej pod wpływem szkodliwych czynników działających na ustrój jednej ludzkiej jednostki. Spustoszenie, jakie proces zwyrodnieniowy dokonywa w usposobionym do tego mózgu, po wytrąceniu go ostatecznie z równowagi na skutek działającego nań zatrucia jadem, (powiedzmy szkarlatyny, czy tyfusu) spustoszenie to w formach dziedzicznych rozłożone jest pomiędzy jednostkami całego pokolenia, jest ono przeto nie tak uderzające, a przebieg takiej choroby jest mniej burzliwy, bardziej systematyczny. Pod względem symptomotologicznym jednakże zasadniczej różnicy tu niema . To też i ośrodki zaatakowane są w ogólności te same i anatomiczne zmiany są analogiczne tu i tam. Do spraw nabytych dołącza się niekiedy, na samym początku choroby, czynnik natury amentywnej, spowodowany silnem działaniem rozlicznych toksynów, które pociągają za sobą powstanie pewnych znaków otępienia korowego, zmieniające i zaciemniające do pewnego stopnia, „podkorowe" objawy psychiczne.

Dla poparcia wyłożonego tu poglądu pozwolimy sobie na zacytowanie paru głosów z literatury jak też podamy wyniki badań anatomo-patologicznych dotyczące zajmującej nas części mózgu. Nie są ostatnie dotąd zbyt imponujące, oczywiście tylko dla tego, że żaden patolog nie ograniczył się do skupienia swej uwagi na wchodzących tu w grę, a wyodrębnionych trzech gdupach, lecz badał mózgi „schizofreników" t. zn. mózgi, bez ¼, wszystkich zmarłych w zakładach psychicznie chorych, w tej płonnej nadzieji, że znajdzie coś, co by je wspólnie mogło charakteryzować. W warunkach takich, rzecz oczywista, znaleźć coś znamiennego np. dla hebefrenji, stanowiącej mniejwięcej $^1/_{20}$ (5%) wszystkich spotykanych zachorzeń, jest niepomiernie trudno.

Klarfeld utrzymuje, że we wszystkich przypadkach prawdziwego otępienia wczesnego znajdują się takie histologiczne zmiany w mózgu, które należy uważać za stanowiące podłoże psychozy. Jest więc to zachorzenie organiczne. Sprawa poraża elektywnie tkankę ektodermalną. Objawów zapalnych braknie, — mezoderma w procesie nie uczestniczy. Umiejscowienie jest dość indywidualne. W corpus striatum stwierdza się duże jądra bujającego gleju. Komórki są bardziej dotknięte procesem niźli włókna. Z braku danych dla przyjęcia egzogennej natury cierpienia, autor ten uważa chorobę za proces abiotroficzny na tle wrodzonej dyspozycji.

Josephy stwierdza w przypadkach dem. praex. wyraźne zmiany natury zwyrodnieniowej w ośrodkach pozakorowych, zaś w korze — w 3 i 5 warstwie komórek.

Ansalone wykrywa w badanych przypadkach otępienia wczesnego, barwikowe i tłuszczowe zwyrodnienie komórek mózgu.

Fünfgeld w pięciu przypadkach patol. antom. badania stwierdził w dem. praex. zmiany degeneratywne we wzgórzu wzrokowem (wewnętrznej części medjalnego jądra) oraz w substancji czarnej. Autor ten wstrzymuje się jednak od wyciągania ztąd dalej idących wniosków..

Brailowsky i Bertze oraz Juszczenko lokalizują proces w jądrach podstawowych i kwalifikują go na intoksykacyjno-zwyrodnieniowy.

Rawlings w swej gruntownej pracy o otępieniu w dem. praex. waha się, czy przyjąć dla stwierdzonych zmian organicznych w mózgu za przyczynę zwyrodnienie dziedziczne czy też intoksykację.

Marcuse stwierdza w badanych przezeń przypadkach bardzo silne barwikowe i tłuszczowe zwyrodnienie w thalamus i striatum. Obraz anatomiczny kwalifikuje na zwyrodnienie podstawy mózgu.

Alford uważa, że w podłożu dem. praex jest organiczny proces degeneratywnej natury. Nie zraża go fakt, że dotychczasowe patologoanatomiczne wyniki badań nie są dotąd dostateczne i dla wszystkich przekonywujące, gdyż nie lepiej stoji sprawa np. z chorobą Huntingtona.

Buscaino stwierdza t. zw. „zolle di disintegrazione" w mózgu badanych cierpiących na dementia praecox chorych tak, że zdaniem jego zmiany te odzwierciadlają fenomen dissocjacji w tej psychozie. Nader liczne są zmiany zwłaszcza u podstawy mózgu, w jego szarych jądrach. Autor ten i jego adherenci przyjmują, na podstawie szeregu badań (wątroby, zawartości moczu, eksperymentu z hiosciną na królikach), intokcykacyjne tło zachorzenia.

Schuster. — Zmiany degeneratywnej natury w 3,5. warstwach kory, w area striata, oraz u podstawy wogóle. W katatonji stwierdził atrofię w okolicy spoidła.

Monakow szuka uzasadnienia morfologicznego dla hebefrenji i katatonji w stwierdzanej przezeń hypoplazji komór bocznych.

Naito, szczegółowo opisuje zmiany stwierdzone przezeń w dem. praex. Zmiany te, zdaniem jego, są dostatecznie charakterystyczne dla tej choroby. Chodzi tu o pewnego rodzaju cerebropatję, która dotąd niema analogji w anatomji patologicznej.

Buckley przeprowadza paralelę między zmianami we wzgórzu wzrokowem przy otępieniu wczesnem, a chorobą Wilsona.

Bonhoeffer utrzymuje również, że na hebefrenji sprawdziło się jego dawne twierdzenie, iż w ocenie lokalizacji procesów psychicznych nie należy przeceniać roli kory.

Küppers twierdzi, że zanika w tej chorobie psychicznej osobowość aktualna, wzgl., że niema ona dostatecznego wpływu na przebieg procesów psychicznych. To też otępienie jest w dem. praex. inne niż korowe i uzasadnienie anatomiczne tego otępienia nie leży w korze, lecz w okolicy wzgórza wzrokowego.

Geitlin opiera pojęcie interesującego nas zachorzenia na ustalonych przez Head'a i Holmes'a objawach, stwierdzanych przy organicznych zmianach we wzgórzu wzrokowem i okolicach. Przyczyna choroby — wrodzone anomalje w rozwoju pewnych części jąder podstawowych. Na powstanie zachorzenia mogły złożyć się też czynniki toksyczne.

Ewald. — Mózg zawiera odpowiedniki materjalne dla myślenia; podstawa mózgu — dla uczuć, woli, popędów. Przy hebefreniczno-katatonicznych symptomach, leży zaburzenie pierwotne w podstawie mózgu. Teoretyczne ujęcie sprawy (schizoidja) jest niedostatecznie uzasadnione, gdyż przeważają tam spekulacje psychologiczne nad psychjatrycznemi.

Specjalnie w dotyczeniu katatonji:

Na podstawie prac Schrijver'a, Best'a, Bernhard'a i innych, Buscaino próbuje ustalić nawet ośrodki dla poszczególnych neurologicznych zaburzeń w katatonji, a więc: dla katalepsji — globus pallidus i nucleus dentatus, dla manierowania — nucleus caudatus, putamen i t. p. W ogólności zaś zachorzenie to, (jak i w innych sprawach ekstrapiramidowych) obejmuje nucleus rubr., nucleus dentat., neo i paleostrjat, oraz przednią szypułkę móżdżka.

Guiraud, objawy katatoniczne, jak: stereotypja, katalepsja, zatamowanie psychiczne, zmanierowanie, inadekwatność reakcyj afektywnych, echolalja, echopraksja, echomimja i inne stawia w paralelę z procesami, których ntura ekstrapiramidowa jest nam z góry znana. Autor wyciąga z tego wniosek,, że katatonja jest organicznem zachorzeniem podstawy mózgu. Tego dowodem są już chociażby obserwowane tu zaburzenia naczynioruchowe i troficzne. Obojętność psychiczna w stosunku do zaburzeń ruchowych jest tu spowodowana wypadnięciem czuć kinetycznych w następstwie uszkodzenia dośrodkowych dróg kinestycznych. Również Hoffman i Berger uważają katatonję za chorobę organiczną i zwalczają zapatrywanie przeciwne (psychorodne).

Tretiakoff i Pacheco stwierdzają w katatonji zony rozmiękczenia w okolicy n. d., a Frensdorf — w okolicy komór. Także

Steck, na podstawie neurologicznych badań, przychodzi do wniosku, że siedliskiem symptomów chorobowych w katatonji są szare jądra, gdyż pewne własności neurologicznej natury występują zarówno w katatonji, jak w zespołach organicznych striatum.

Horwitt, Thieli wskazują na trudność w różniczkowaniu pomiędzy parkinsonizmem, a katatonją powstałą np. po przebytej odrze.

Można by przytoczyć jeszcze wiele innych, analogicznych do poprzednich, uwag w przedmiocie katatonji, jako zachorzenia natury organicznej i ekstrapiramidowej jak Logre'a, Briand'a, Jourgoulescon'a, Laignel-Lavastin'a, Frenkel'a, których aby się nie powtarzać, nie cytujemy, gdyż umieściliśmy je w pracy innej*).

Przytoczone dopiero co głosy autorów, wyrażających pogląd na istotę choroby dem. praecox, wogóle zgodne są co do organicznej i zwy-

*) O. Bielawski. — Odruchy patologiczne w katatonji. Now. Lek. 1923.

rodnieniowej natury zachorzenia. Jako przyczynę tego procesu, przyjmują jednak dwa etjologiczne momenty — dziedziczny i toksyczny. (Czynnik toksyczny może być różnego pochodzenia).

Czerwoną nicią te dwa różne etjologiczne momenty (dziedziczny i nabyty) przechodzą też przez wszystkie trzy wyodrębnione tu ze schizofrenji grupy, nadając im (zależnie od tego, którzy z nich gra rolę wywoływacza) pewien specyficzny charakter przebiegu. Tak więc np. forma dziedziczna hebefrenji powstaje zwolna, jest ledwo postrzegalna na początku swego rozwoju i znamionuje się początkowo li tylko pewnemi cechami „oryginalności“ w charakterze badanego. Choroba zwolna postępuje, daje niekiedy nieznaczne obostrzenie w swym przebiegu. Jest ten przebieg jednak wybitnie złośliwy i prowadzi w sposób nieunikniony do większego lub mniejszego stopnia zniedołężnienia psychicznego specyficznej natury. Forma intoksykacjna, a więc nabyta, jeśli ma w swej anamnezie z przed lat przebytą chorobę intoksykacyjną w rodzaju szkarlatyny, grypy, czy tyfus, które nadwątliły ustrój, powstaje również stosunkowo powoli, jakkolwiek cały przebieg znamionuje się tu szybszym alurem niźli w formie dziedzicznej. Wreszcie pozostaje odmiana trzecia, gdy psychoza rozpoczyna się nagle, poprzedzają ją zwiastuny w postaci bólu głowy i przykrych sensacji natury ogólnej. Początkowo mamy stan pomieszania (w większym lub mniejszym stopniu), który trwa tygodnie i miesiące. Zwolna okres ten mija, a na zmianę mu przychodzą stopniowo objawy ściśle hebefreniczne, katatoniczne, czy „bolesne“. Przebieg tej choroby jest burzliwy a rokowanie — pomyślniejszem. W finale, obok specyficznego hebefrenicznego „Endzustand“ stwierdzamy trwałe ślady korowego otępienia. To są następstwa spustoszenia, które poczynił, źródłujący stan pomieszania, czynnik toksyczny. Etjologja tej formy jest niejasna i prawdopodobnie także nie jednolita jak poprzednia, ma jednak charakter intoksykacyjny. Za intoksykacyjną naturą przemawia tu bynajmniej nie jedynie obraz kliniczny. Badania moczu na odczyn czarny Buscain'a, jak dotąd, wypadały tu zawsze dodatnio. Prócz tego udało się nam stwierdzić, że zabiegi zmierzające do rozcieńczenia domniemanego jadu w ustroju (upuszczanie płynu mózgowo - rdzeniowego z następczemi zaszczykiwaniami dokanołowemi roczczynu solnego, podawanie środków zwiększających wydzielenie moczu i inne) miały tu pewien sukces.

Różni się forma ostatnia od poprzedniej tem, że tu psychoza intoksykacyjna (stan amentywny) łączy się w jedną całoś, z powstałą na jej tle, psychozą zwyrodnieniową, podczas gdy w formie poprzedniej dzielić je może kilka lat czasu wzgl. pierwsza może mieć cichy i niepostrzegalny przebieg.

Pozostawało by tu omówić stosunek tak wyodrębnionych z schizofrenji postaci, do choroby, której kilka wybuchów epidemicznych, łącznie z przypadkami sporadycznemi, obserwowane w przeciągu ostatnich niespełna 10 lat, — pchnęło badacza na nowe tory myślenia i zapoznało go bliżej z rozlicznemi mechanizmami (neurologicznemi i psychicznemi) procesów podstawy mózgu. Mowa oczywiście o nagminnem zapaleniu mózgu. Zwłaszcza zajmują tu nas stany przewlekłe i formy

późniejsze tego zachorzenia, gdyż intoksykacyjno-zapalny charakter początku choroby, dającej objawy psychotyczne natury ogólnej, — zaćmiewa, niekiedy doszczętnie subtelne lokalne produkcje patologiczne, odbywające się w podstawie mózgu, która wyborczo i pierwotnie jest wszak tu zaatakowana przez czynnik chorobowy.

Otóż, jeśli przyjrzemy zaburzeniom poencefalitycznym, wzgl. porównamy podany przez badaczy opis symptomatologiczny tych stanów (Economo, Kollarits, Gerstmann i Schilder, Bychowski, Kanders, Meyer, Austregesilo, Homburger, Flatau, Grodhard, Mc. Neil, Herrmann, Chiray, Lafourcad, Sanctis - Banus, Horwitt, Gurewitsch, Küppers, Steck, Ostheimer, Balint, Rabiner, Meyer, Guiraud i Doussy, Teichmann, Pieńkowski, Handelsman, Perelmann, Perlman i Junitskaja, Rosenfeld, Roger), to stwierdzimy, że objawy i zespoły tu produkowane, a stanowiące wyraz organicznych (pozpalnych, zdaniem zaś innych, już zwyrodnieniowych — Orzechowski, Buscaino) zmian w poszczególnych ośrodkach podstawy mózgu, nie różnią się w zasadzie (jakościowo) od objawów obserwowanych w omawianych trzech grupach.

Zasadniczemi symptomami stanów poencefalitycznych będą w dziedzinie woli: niedostatek w spontaniczości wogóle, a pozatem, produkuje neurologiczne, jak stupor i ubóstwo mimiki (Kollarits, Otsheymer), sztywność, stereotypowość (Steiner), „Mangel und Uebermass an Antrieb" (Economo), akinezy (Gerstmann i Schilder), uszkodzenie wyrobionych ruchów instynktownych, które teraz zastąpić muszą ruchy dowolne (stąd niezgrabność), perseweracje (Bychowski) i hypokinezy (Meyer) w postaci palilalji (Balind), giętkości woskowej, manier i grymasowania (Rabiner).

Z drugiej strony są to wszak najistotniejsze neurologiczne znamiona katatonji. Przyjęcie motywacji psychicznej przy powstawaniu takich objawów w schizofrenji, jak słusznie mówią (Steiner i Berger), pozbawione jest zupełnie sensu. Dodajmy przytem, że objaw katatoniczny w rodzaju zatamowania (Sperrung) napotyka na wielkie trudności przy próbach funkcjonalnego uzasadnienia. Zatamowanie natomiast obserwujemy również (jak to podano powyżej), w stanach po El. i jest ono niczem innem, jak fazą akinetyczną extra-piramidowych zaburzeń ruchowych (Gerstmann). Drżenia występują, wprawdzie, rzadko w katatonji. Drżenie, extrapiramidowego pochodzenia, rozpatrywać jednak należy jako patologiczną odmianę hypertonji, spowodowaną podrażnieniem nadmiernem ośrodków tonusu (Flatau). Pomiędzy napięciem przeto, a drżeniem niema różnicy jakościowej, lecz tylko ilościowa. Dalej z pracy dokonanej wspólnie z kolegą Siemionkinem*) wynika, że objaw mioklonji synchronicznej nie jest bynajmniej obcy niektórym przypadkom katatonji. Również forma reakcji na bodźce elektryczne i mechaniczne w parkinsoniźmie i katatonji jest ta sama. To też fenomenologicznych różnic zasadniczych niema pomiędzy zaburzeniami motorycznemi spotykanemi w El., a w katatonji.

*) Odruchy motoryczne w katatonji a sprawach extrapiramidowych. Now. Psych. 1924.

To samo możemy powiedzieć o psychopatologji niektórych form El. chronicznej, gdy ją porównamy z zaburzeniami psychicznemi w katatonji, hebefrenji i obłąkaniu bolesnem. Znamionuje pierwsze: „Mangel an Antrieb“ (Gerstmann, Küppers), ubóstwo spontaniczności (Kanders), zasadnicze zmiany w charakterze i osobowości (Meyer), w formie inadekwatnego działania uczuć do treści myślowej, przy zachowaniu władz intelektualnych (Mc. Neil), bradyfrenja (Meyer, Küppers), wreszcie — ubóstwo afektywne (Pellacini, Gurewitsch), zautomatyzowanie psychiczne i działania impulsywne (Meyer), dissocjacja myślenia (Perelmann) i pierwotne zaburzenie uwagi (jako wyraz panującego bezładu w jądrach podkorowych, — tej stacji rozdzielczej energji dla aktów intelektualnych — Naville, Bieron). Nie można, z drugiej strony, znaleźć trafniejszej i dobitniejszej symptomotologicznej charakterystyki, nad powyższą, dla dopiero co wyodrębnionych ze schizofrenji grup, jeśli się je rozpatruje łącznie. Oczywiście, że każda z pomiędzy ostatnio wymienionych postaci ma też swe odrębne cechy. Tak więc, przykurczowe zaburzenia motoryczne extrapiramidowej natury znamionują katatonję; zaburzenia zaś pierwotne w dziedzinie uczuć, w formie halucynowania bólem, przy rozdźwięku funkcji tych uczuć z resztą psychiki, stanowi sylwetkę dla formy „bolesnej“. Gdy zaś w obrazie klinicznym występuje na pierwszy plan rozbrat pomiędzy popędem i uczuciem z jednej strony, a myślą — z drugiej strony, z wyraźną przewagą akcji automatycznych i impulsywnych nad procesami dowolnemi, kierowanemi uwagą, gdy dalej stwierdzamy rozprzężenie myśli, wogóle (z przyczyny uszkodzenia źródła energji psychicznej dla aktów myślenia) wtedy będziemy mieli obraz czystej hebefrencji, która może wprawdzie zostać niekiedy pokomplikowana (jak zresztą i formy poprzednie) przez dołączenie się do niej stanu, spowodowanego ostrą intoksykacją. Tylko więc występujące tu sporadycznie objawy pomieszaniowe są produkcjami psychicznemi pochodzącemi z kory, cały zaś zespół pozostałych zaburzeń psychicznych jest wyrazem uszkodzenia podstawy mózgu w różnych jego okolicach.

Po uwagach powyższych nie wyda się zbyt śmiałem twierdzenie niektórych autorów przyjmujących wspólną lokalizację dla procesu otępienia wczesnego i El. (Meyer, Gerstmann, Kollarits, Perlman, Junitskaja, Frenkel i inni). Są i tacy, którzy stany późniejsze po El. w pewnej mierze wręcz identyfikują z dem. praex. i mówią o t. zw. „dementia praecox postencephalitica”, która prócz etjologji, nie różni się ni czem od pozostałych form otęp. wczesn. (Sanctis-Banus, Logre, Briand, Kahen, Euzire). Jednak El., jako proces zakaźny i zapalny stanowi jedność pod względem etjologicznem, a jej chroniczne stany o formach przypominających hebefrenję, melanholję, czy katatonję — pozostaną zawsze tylko częścią choroby zasadniczej, lub jej niepośredniem następstwem, gdy chodzi o procesy zwyrodnienia powstałe na jej tle. Hebefrenja zaś właściwa, jako forma zachorzenia, ma etjologję niejednolitą. Może np. zostać odziedziczoną, jako usposobienie do zwyrodnienia podstaw mózgu, może też wystąpić po ciężkiej szkarlatynie, tyfusie, czy innej intokcykacji, na skutek więc osłabienia układu nerwowego

przez czynniki intoksykacyjne nabyte. Powiedziane doiero co o hebefrenji odnosi się w tejże mierze do formy katatonicznej i bolesnej.

Pomimo, że etjologja omawianych tu postaci nie jest jednolita, nie redukuje się przez to bynajmniej te formy kliniczne do znaczenia zespołów mogących powstawać tu i owdzie. Stanowią one odrębne postacie chorobowe, tak, jak chorobą jest np. wada serca, zapalenie mózgu, niedorozwój psychiczny itp. mimo, że każde z tych zachorzeń może mieć raz jedną, raz inną etjologję.

Podobieństwo wyodrębnionych postaci do El. jest takie same jakie mamy np. pomiędzy pewnemi formami lues cerebro-spinalis, a amiotroficznem stwardnieniem bocznem. Jest wspólna lokalizacja, zachorzenia oba prezentują się jednakowo również i pod względem symptomatologicznym. Nie można tego powiedzieć o przebiegu. Jak w przykładzie tym, tak też i w stosunku El. do omawianych form, odczepionych od schizofrenji, jest także pewna różnica w przebiegu. Podczas gdy nagminne zapalenie mózgu jest w pierwszym rzędzie sprawą zapalną i dotyka mezodermę — porównywane do niej postacie stanowią proces zwyrodnieniowy odbywający się wyborczo w tkance ektodermalnej. Mimo więc, że tu i tam są zaatakowane te same ośrodki mózgu, jednak w swych odcieniach nawet symptomatologja musi się tu różnić już z tej przyczyny, że w pierwszym przypadku proces przychodzi od strony naczyń, w drugim zaś — rozpoczyna się z miejsca w tkance szlachetnej. Nie zapędzając się więc zbytnio w uogólnienia, stwierdzamy jedynie fakt, że znajomość objawów chorobowych, produkownych w przewlekłych formach El., dopomogła badaczom do *przyjrzenia się z nowego punktu widzdnia przejawom chorobowym niektórych postaci zaliczanych do schizofrenji.* Możemy więc dziś przystąpić do odróżniania tych ostatnich *na podstawie symptomów,* które świadczą niezawodnie o *organicznych zmianach w podstawie mózgu.* Innemi słowy, bierzemy za *symptomatologiczne kryterja dla wyodrębnionych tu postaci, objawy świadczące o uszkodzeniu organicznem podstawy mózgu i znamionujące zmianę w ustosunkowaniu wzajemnem starego i nowego psychizmu, na skutek destrukcji powstałych w jądrach podkorowych i okolicy.*

Odtąd zaniechalibyśmy więc przywiązania zbytniej wagi rozpoznawczej do przejawów mających tak ogólne znaczenie jak np. „dziwaczne zachowanie się", „bizzar", „niedorzeczne" urojenia i halucynacje, „zaburzenia psychomotoryczne" i tym podobne produkcje psychiczne. *Uwaga badającego skieruje się ku niezbitym objawom organicznej dissocjacji pomiędzy psychizmami wyższymi i niższymi, ku pierwotnym zaburzeniom dziedziny uczuć, instynktów i popędów, oraz ekstramiramidowym disfunkcjom ruchowym.* Przekonamy się wówczas jak szczupłe liczebnie są odczepione grupy, jak wyraźne i charakterystyczne są ich cechy.

Wydawałoby się więc iż w tablicy nozologicznej należy zarezerwować miejsce dla wyodrębnionych form klinicznych w rubryce „sprawy organiczne (zwyrodnieniowe) podstawy mózgu". Dalsze badania

anatomiczne, serologiczne i obserwacje kliniczne już w zakresie tylko*) tych grup, pozwolą na stwierdzenie, czy stanowisko tu zajęte było istotnie słuszne. Rozprawa niniejsza jest więc tylko częścią zakreślonego planu pracy. Dalsze etapy — to sprawdzenie koncepcji na podstawie badań i obserwacji.

Wysuwając nowe kryterja **), nowy punkt widzenia dla kilku grup, znajdujących się dotąd na rozdrożu nozologicznem, wychodzimy od rzeczy znanych (objawy zachorzeń podkorowych), określamy więc sprawy przez momenty nam wiadome, a tego właśnie braknie dotychczasowej grupie schizofrenicznej, gdyż definjują ją pojęcia stanowiące tylko owoc konstrukcji myślowej i psychologicznego rozumowania badacza jak pojęcia Verdichtung, Verschiebung i im. podobn.) — są to niewiadome, o których nie ma się pewności, czy istnieją dla nich odpowiedniki realne,

Résumé.

Koncepcja schizofreji jest oparta na przesłankach czysto psychologicznych i liczy się za mało z rzeczywistością psychjatryczną. Cyfra, która wyraża ilość leczonej schizofrenji (75% Burghölzli) przewyższa trzykrotnie ilość wszystkich pozostałych chorób psychicznych. Już ten fakt musi zastanowić, czy nie mamy tu do czynienia ze zbiorowiskiem chorób, których nie jesteśmy w stanie dotąd rozpoznać.

Również analiza symptomatologiczna i ocena obrazów klinicznych szeregu postaci zaliczanych dotąd do schizofrenji, pozwoliła stwierdzić, że ramy bleulerowskiej grupy są za szerokie, a granice jej — rozpłyniste.

Z pośród form należących do schizofrenji, katatonja (Kahlbaum) i hebefrenja (Morel) są najbardziej wykończonemi postaciami klinicznemi.

Na wyodrębnienie zasługuje również forma zachorzenia, którą niektórzy autorzy opisują, jako melancholję schizofreniczną, a której zasadniczemi cechami fenomenologicznemi są: inadekwotność uczucia do myślenia i „protopotyczna", pierwotna natura zaburzeń w dziedzinie uczucia. Proponujemy nazywać tą postać kliniczną — obłąkaniem bolesnem.

Wszystkie trzy wymienione tu postacie wyprowadzają się fenomenologicznie z organicznych zaburzeń w podstawie mózgu (thalamus, striatum, n. dent. n. rub. i okolicy), oraz — z naruszenia łączności z korą (czyste objawy korowe są tu zjawiskiem akceseryjnem.)

Strona kliniczna zachorzenia przemawia za naturą zwyrodnieniową (w jednych przypadkach dziedziczną, w innych — intoksykacyjną, na tle dyspozycji dziedzicznej) zachorzenia. Potwierdzają to również badania anatomopotologiczne.

*) Gdyż dotychczasowe wyniki badań rozpływały się w morzu różnobarwnych postaci chorobowych zaliczanych dotąd do grupy schizofrenicznej.

**) Ze względu, iż praca wychodzi z Dziekanki, wypada tu zaznaczyć, by nie wprawić czytelnika w dezorjentację, że pogląd nasz na zagadnienie schizofrenji, różni się w niejednem od zapatrywań Piotrowskiego (obecnego dyrektora tego zakładu). Confer Al. Piotrowski.—Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji. Now. Psych. 1925.

Po wyeliminowaniu ze schizofrenji form niesłusznie do niej zaliczanych, gdyż należą one do innych psychoz (psych. manjak. depr., zwyrodnienia podaczkowego, psych. reaktywn., parafrenji i innych), dalej, po wyodrębnieniu z niej form: hebefrenicznej, katatonicznej i bolesnej, dla których dajemy definicję jako spraw zwyrodnieniowych (rozlicznego pochodzenia) w szarych jądrach—przychodzimy do wniosku, że *schizofrenja, jako grupa chorobowa może zostać całkowicie zlikwidowana*, wzgl. pozostałaby w psychjatrji w znaczeniu równoznacznika pewnej konstytucji psychopatycznej.

Hôpital Psychiatrique public. du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

„LA SCHIZOPHRÉNIE“

par
O. BIELAWSKI.

Le concept de schizophrénie est basé sur des notions purement psychologiques; il ne tient pas compte suffisamment de la realité psychiatrique. Sur le nombre total de malades de l'asile du Burghölzli à Zurich, 75 p. 100 sont considérés comme des schizophrènes. Cette circonstance à elle seule fait supposer que nous rangeons sous la rubrique „schizophrénie“: des affections differentes que nous sommes encore hors d'état de distinguer les unes des autres.

L'auteur pour cette raison, soumet à une revision la notion de schizophrénie et énumère les formes cliniques qui selon lui, devraient en être séparées. Il remet en vigueur des notions anciennes délaissées actuellement comme la folie periodique, la „melancholia attonita“, etc. Il désigen du nom de „melancholia attonita“ une affection indépendante, nettement délimitée du point de vue clinique, dont le substratum anatomo-pathologique, consistant en une dégénérescence progressive, siègerait dans les noyaux gris du cerveau; il propose aussi pour cette affection le nom de „psychose douloureuse“. Il sèpare également de la schizophrénie la catatonie (Kahlbaum) et l'hébéphrénie (Morel). Il considère toutes ces trois affections comme manifestations de dégénéresance, soit acquits à la suite de toxiinfections, soit heréditaire, de noyaux centraux. Il insiste, dans ces conclusions, sur la similitude de ces affections avec les troubles mentaux, observés souvent á la suite de l'encéphalite léthargique (pseudo - catatonie, pseudo - hebephrenie et mélancolie postencephalitiques) et propose de s'appuyer, pour le diagnostic differentiel, des trois formes cliniques en question sur les symptomes organiques, traduisant une lesion des noyaux centraux.

Si on sèpare de la schizophrénie les cas qui on y rattache à tort et qui appartiennent à d'autres psychoses, comme la folie maniaque - depressive, l'épilepsie, les psychoses reactionnelles, les bouffé delirant chez les dégénégré, les paraphrénies etc., si d'autre part on en separe les trois formes, dont il vient d'être question, c'est à dire la forme hébéphrénique, la forme catatonique et la forme douloureuse, toutes les trois counsidérées comme manifestation de lésions des noyaux centraux, la notion de schizophrénie autant qu'entité nosographique, se reduit à néant, selon l'auteur. Tout au plus pourrait on désigner de ce nom une constitution psychopatique particulière.

Z KAZUISTYKI ORZECZNICTWA.

Z Zakładu dla Umysłowo Chorych w Lublińcu. — Dyrektor Dr. med. E. Cyran

PRZYPADEK SYRINGOMYELJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU PRZY PRACY

podał

KAROL MIKULSKI

stud. med. U. S. B. w Wilnie.

Zagadkowa i niedostatecznie oświetlona etjologja jamistości rdzenia nieraz zapewne zmusza do zastanowienia się, czy choroba ta powstała na skutek jakiegoś wypadku, czy też z wypadkiem nie ma nic wspólnego. Zagadnienie to szczególnie ważne w okręgach przemysłowych naszego kraju — gdyż jak wiadomo syringomyelja szerzy się głównie wśród warstw robotniczych — może budzić często poważne wątpliwości, i dokładna znajomość okoliczności towarzyszących ewentualnemu urazowi może dopiero przemawiać za uznaniem czynnika zewnętrznego, lub przeciw niemu.

Przypadek nasz zaliczyć należy właśnie do tej ciekawej grupy, zaś orzeczenie wydane przez Dyrektora tutejszego Zakładu Dra med. E. Cyrana całkowicie uznaje etjologiczną ważność nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ chory Józef T. skierowany tutaj wraz z prośbą o wydanie orzeczenia lekarskiego.

Wywiady zebrane od matki chorego nic ciekawego do tej sprawy nie wnoszą. Oceniając sam wypadek, opieraliśmy się na danych zawartych w aktach sprawy, a obejmujących kilkadziesiąt stron pisma.

Badany Józef T. lat 26, robotnik kopalniany, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w grudniu r. 1917. Pracując późnym wieczorem przy zwożeniu węgla został najechany przez wózek z węglem, który uderzył go silnie w nogę tkwiącą między szyną kolejki, a przyległą belką. Czy badany wówczas upadł, a więc czy nastąpił uraz kręgosłupa, w aktach nie notowano.

Z braku opieki sanitarnej chory udał się sam do domu, jednakże w drodze z powodu okaleczenia nogi nie mógł iść dalej i przeleżał 3 godziny na śniegu, podczas silnego mrozu.

Około godziny 2-giej w nocy przechodzące robotnice zaniosły poszkodowanego do pobliskiego mieszkania, skąd rano został przeniesiony do szpitala, gdzie przebywał trzy miesiące, aż do wyleczenia nogi. W karcie szpitalnej przy przyjęciu zaznaczono, że układ nerwowy nie wykazuje objawów chorobowych. A więc badanie neu-

rologiczne, przy przyjęciu chorego do szpitala, nie wykazało żadnych zmian systemu nerwowego, zaś w trzy miesiące później, przy zwolnieniu chorego ze szpitala, zauważono osłabienie nerwów promieniowych, kładąc to na karb starego zatrucia ołowiem i stawiając mylne rozpoznanie — neuritis saturnina.

Jak wynika z zeznań świadków, badayn pracował przed wypadkiem regularnie i był zdrowy. Podczas pobytu w szpitalu narzekał na „przemarznięcie" ręki prawej i nie mógł tejże używać; zauważono również osłabienie ręki lewej. Tak więc w tym czasie rozwinął się niedowład, a następnie porażenie prawej ręki, wraz z jej zanikiem. Po wyjściu ze szpitala chory nie mógł powrócić do dawnej pracy, a otrzymał zajęcie przy otwieraniu drzwi; drzwi otwierał ręką lewą. Pracą tą zajmował się przez kilka miesięcy, zaś od r. 1919 stał się do pracy niezdolny i zaprzestał wogóle pracować.

Choroba rozwijała się stopniowo, poczynając od palców ręki prawej (postać zanikowa Aran - Duchenne'a). Z karty szpitalnej widać, że cierpienie to istniało bez podniesienia ciepłoty i bez objawów bólowych ze strony centralnego systemu nerwowego, chory skarżył się tylko na „przemarznięcie" ręki.

We wyglądzie chorego na pierwszy plan wybija się zanik prawej kończyny górnej, z ustawieniem ręki, przypominającem rękę kaznodzieja. Lewa dłoń, z równoległym kciukiem, przypomina rękę małpią. Również rzucają się w oczy liczne znamiona zwyrodnienia — prawie stale spotykane u osobników dotkniętych jamistością rdzenia. A więc czaszka okrągła, o niskiem czole, poprzecznie sfałdowanem, płatki uszne przyrośnięte, brwi zrośnięte, łuki brwiowe wybitnie zaznaczone, nos zapadnięty, szczęka dolna wysunięta, wreszcie wyraz twarzy świadczy o małej inteligencji.

Tak częste w syringomyelji skrzywienie kręgosłupa spotykamy i w naszym przypadku w postaci kyphoscoliosis dextra. Bark prawy jest podniesiony ku górze i ku przodowi, odwodzenie ręki prawej możliwe jest jedynie w zakresie 60^0 z powodu ankylozy w stawie barkowym. Łopatki odstają od klatki piersiowej — scapulae alatae.

Kończyna górna prawa jest porażona, siła jej = 0, siła dłoni lewej znacznie obniżone, określenie dynamometrem niemożliwe, gdyż chory nie może go w ręku odpowiednio trzymać.

Od dwu tygodni choruje na zwierzb ogólny całego ciała, szczególnie silne ognisko świerzbu pod lewą pachą; ma również zapalenie lewej powieki górnej. Bólu, ani swędzenia zupełnie nie odczuwa, a więc jest to świerzb bez swędzenia. Nawiasem zaznaczyć należy, że i żółtaczka pozbawiona jest przy syringomyelji swego stałego objawu — swędzenia.

Badanie układu nerwowego dało następujące wyniki: źrenice równe, kształtne, okrągłe, na światło prawa źrenica oddziaływa nieco słabiej, lewa — dobrze, na przystosowanie nie oddziaływują. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, nystagmus horizontalis obustronny obuoczny. Nerw twarzowy bez zmian. Język grubo mięsisty, na jego powierzchni górnej szereg linjowych małych zagłębień (lingua scrota-

lis), drżenie włókienkowe na jego dolnej powierzchni. Język wysuwa się prosto, nie zbacza.

ODRUCHY:	prawe	lewe		prawe	lewe
z bicepsa	brak	słabe	nadrzepkowe	żywe	żywe
z tricepsa	"	"	kolanowe	b. żywe	b. żywe
z radialis	"	"	Achillesowe	są	są
brzuszne górne	"	brak	stopowe	fleksja	fleksja
brzuszne dolne	"	"	gardzielowe	są	są
mosznowe	"	"	rogówkowe	słabe	słabe

Objaw Babińskiego —, Oppenheima —, Romberga +?. Drżenia stopy i rzepki niema.

Dermografja bardzo wybitna, ogólna, czerwona, rozlana z pręgą, trwająca około 3 godzin. Czucie dotyku zachowane z wyjątkiem prawej okolicy barkowej i połowy przedniej, górnej prawego ramienia. Czucie bólu znacznie osłabione, w okolicach wyżej wspomnianych całkowicie zniesione, tak samo i czucie temperatury. Erekcje prawidłowe, popęd płciowy — słaby.

Odczyn Wassermanna we krwi: wynik ogólny wątpliwy: z 1-ym antygenem++, z 2-im ++, z 3-im—.

Na zasadzie danych powyższych rozpoznaliśmy jamistość rdzenia, potwierdzając rozpoznanie postawione uprzednio przez lekarza-specjalistę.

W rozpoznaniu różniczkowem braliśmy pod uwagę zapalenie przerostowe opony rdzeniowej twardej w części szyjnej (Pachymeningitis cervicalis hypertrophica), jednakże brak podwyższenia ciepłoty, oraz wszelkich danych bólowych przy początku choroby przemawiało przeciw powyższemu cierpieniu, którego obraz jak wiadomo. może również towarzyszyć syringomyelji *).

Odrzuciliśmy także rozpoznanie zapalenia przewlekłego rogów przednich rdzenia, a to ze względu na istniejące zaburzenia czucia, które przy poliomyelitis anterior chronica nigdy nie występują.

Wynik odczynu Wassermanna mógłby nasunąć przypuszczenie zmian meta-kiłowych.

Nieodżałowanej Pamięci Ojciec mój opisał **) przypadek jamistości rdzenia wraz z bezwładem postępującym, tak, że sprawy te również mogą się kombinować. U naszego chorego jednak po za odczynem Wassermanna, i to zaznaczamy wątpliwym, innych objawów przemawiających wyłącznie za meta-luesem nie wykryliśmy, także uwzględniając i młody wiek chorego uważamy, iż komplikacja powyższa tu nie zachodzi.

Pozostaje więc rozpoznanie jamistości rdzenia i należy odpowiedzieć, czy wypadek przy pracy ma z tą chorobą coś wspólnego.

*) St. Borowiecki. Przypadek syringomyelji o typie pachymeningitycznym. Przegl. Lek. 1918 r. str. 194.

**) A. Mikulski. Przypadek bezwładu postępującego z jamistością rdzenia. Tyg. Lek. 1913 r. str. 371

Chory był badany uprzednio przez eksperta, który w orzeczeniu swem zaopinjował stanowczo, iż wypadek powyższy (a więc i jego konsekwencje) nic wspólnego z chorobą nie mają i wobec tego renta ubezpieczeniowa choremu nie przysługuje.

Orzeczenie lekarskie wystawione przez Dyrektora Zakładu Dra med. E. Cyrana opierało się całkowicie na innych przesłankach, uważającą, iż na skutek wypadku chory uległ długotrwałemu działaniu niskiej temperatury, co bezwzględnie musiało się przyczynić do ujawnienia choroby.

Dzisiejszy stan nauki uważa syringomyelję za sprawę wrodzoną i kładzie szczególnie silny nacisk na uraz, podkreślając przeziębienie, mogące dać impuls do ujawnienia się procesu chorobowego, będącego dotychczas w stanie utajenia. Okaleczenie nogi, jako uraz, nie było poważne i zostało wyleczone bez uszczuplenia zdolności zarobkowej. Natomiast leżenie przez kilka godzin na śniegu i w mrozie, co również ustalono zeznaniami świadków, nabiera w wypadku tym znaczenie ciężkiego urazu, tembardziej, że chodzi tu o osobnika o silnie zaznaczonych cechach zwyrodnienia, a więc o małej wartościowości i odporności organizmu.

Szkodliwy wpływ niskiej, jak i wysokiej temperatury na układ nerwowy jest naukowo potwierdzony. Jeżeli więc istnieje, jak w naszym przypadku, i czasowa łączność (w przeciągu trzech miesięcy po wypadku wyraźne ślady dzisiejszej choroby), to nie można odmawiać przyczynowej łączności między wypadkiem i chorobą, przynajmniej o tyle, że przemarznięcie zmobilizowało u badanego dotąd utajony i nieaktywny proces chorobowy.

Jamistość rdzenia prawdopodobnie ujawniłaby się i bez tego czynnika później, tak jak bez żadnej zewnętrznej przyczyny pojawia się np. i zapalenie szpiku kostnego, wywołane również często przez uraz . Widząc tu analogję, musimy uznać, że jak osteomyelitis występująca po złamaniu zamkniętem, niepowikłanem kości a więc bez naruszenia ciągłości skóry — jest jednak wywołana przez to złamanie, tak i tutaj przeziębienie przyczyniło się do ujawnienia zmian syringomyelitycznych dotąd utajonych. Oczywiście powyższa analogja jest powierzchowna i stosuje się do czynników etjologicznych zewnętrznych, nie zaś do samych procesów, które, jak wiadomo, w osteomyelitis są charakteru zapalnego, zaś w jamistości rdzenia raczej nowotworowego.

Wskutek swej choroby, wywołanej przez wypadek przy pracy, chory stracił całkowitą zdolność do zarobkowania i w orzeczeniu lekarskiem została przyznana mu 100% renta od 1919 roku.

Wielce Szanownemu Panu Dyrektorowi Doktorowi Emilowi Cyranowi składam na tem miejscu podziękowanie za odstąpienie mi powyższego przypadku i wskazówki przy badaniu.

Hôpital Psychiatrique à Lubliniec.
Dir. Dr. med. Cyran.

SUR UN CAS DE SYRINGOMYELI A LA SUITE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL

par
CHARLES MIKULSKI

Il s'agit d'un ouvrier J. T., agé de 26 ans, qui fut blessé accidentellement au pied. Il quitta le travail, pour rentrer chez lui. Il ne put continuer sa route, à cause de la douleur et resta sur place, dans la neige, par un froid intense, pedant 3 heures.

Le lendemain le blessé fut admis à l'hôpital. L'examen médical ne décela aucun symptôme neurologique.

Trois mois après apparurent les premiers signes de faiblesse des nerfs radiaux; on les considéra comme symptômes névritiques et on les attribua au saturnisme d'autrefois.

L'évolution de la maladie montra cependant qu'il ne s'agissait pas de névrite mais de syringomyelie.

L'auteur émet l'opinion qu'il existe un rapport de cause à effet entre la maladie neurologique et l'accident, en ce sens, que le blessé fut saisi par le froid et que cet événement a mobilisé le processus morbide qui existait juque là à l'état latent.

Kraj. Zakład Psychjatr. Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

PRÓBY LECZENIA NIEKTÓRYCH PROCESÓW EKSTRAPIRAMIDOWYCH PRZEZ STOSOWANIE As. + Hg. + J.

Referat na posiedzeniu klinicznem lekarzy w Dziekance dnia 10. 8. 25.

podał

FR. BEREZOWSKI.

Ponieważ nie znamy dotąd wywoływacza nagm. zap. m., przeto wyniki zabiegów leczniczych w zachorzeniu tem w ogóle, a w parkinsonizmie poencefalitycznym w szczególności, są przeważnie natury empirycznej, a w najlepszym razie oparte na domysłach dotyczących działania na domniemane drobnoustroje, specjalnie sporządzonej surowicy wzgl., czynników chemicznych, które by miały zdolność przenikania przez opony mózgu. Tak stosuje się dożylnie salicylan sodu (Cheinnisse), i winian antymonu (Silvestri), dordzeniowo urotropinę (Lehrmann), to znów wcierania rtęci, wzgl. zastrzyki salicylanu rtęci (Billegheimer); zalecane są też środki bioterapeutyczne, jak wstrzykiwanie specjalnie ku temu hodowanej i uodporniowej surowicy (Rosenow), lub też wstrzykiwanie dożylne płynu mózgowo - rdzeniowego, branego od tegoż chorego (Piticarin, Cheinisse). Celem wymienionego ostatnio zabiegu jest powołanie specyficznego niwecznika do walk z encefalitycznym jadem.

Zachęcony przez Dr. Bielawskiego, stosowałem kolejno As., Hg, i J. w przypadkach parkinsonizmu poencefalitycznego. Pozatem, wychodząc z założenia, że katatonja prezentuje się (jak wynika z prac Bielawskiego) w sposób identyczny z parkinsonizmem po El., tak pod względem reakcji mięśni na bodźce elektryczne, jak pod względem serologicznym i symptomatologicznym *) —, postanowiłem przeprowadzić analogiczną kurację również w typowych przypadkach katatonji (w ścisłem znaczeniu słowa) **), by się przekonać, jak reagują na te same chemikalja grupy, mające tak dużo ze sobą wspólnego pod względem symptomatologicznym, a z których jedna czeka dotąd jeszcze na ustalenie swej etjologji.

*) O. Bielawski. Odruchy patologiczne w kataionji (Now. Lek. 1923, Nr. 10)
Tenże. Przyczynek do patologji humoralnej w katatonji (Now. Psych. 1924 Nr. 7).

**) O. Bielawski i M. Siemionkin. Objawy motoryczne itd. (Now. Psych. 1924 Nr. 7.)

Narazie mogę się tu podzielić wynikami prób leczenia tą metodą dokonanych na 8 pacjentach tutejszego Zakładu, z których 3 ma rozpoznanie „katatonja", 4 „parkinsonizm poencefalityczny".

Podawałem dożylnie neosalutan w ogólnej ilości 3 gr., zastrzykiwałem lek w odstępach dwutygodniowych, przeplatając zabiegi te co 5 dni domięśniowymi zastrzykami salicylanu rtęci. Po okresie salutanowym każdy pacjent otrzymywał kal. jodatum w przeciągu 2 miesięcy (dziennie 8 łyżek rozczynu 5.0:200.0). Wyniki pod względem klinicznym były następujące: jeden przypadek katatonji wyleczony; jeden przyp. ciężkiego parkin. poencefal. jest na granicy wyleczenia; jedna pacjentka z enc. leth. zmarła 4 tygodnie po kuracji. U dwóch parkinsoników nastąpiło znaczne polepszenie. Stan psychiczny i cielesny 3 pozostałych leczonych pacjentów dotąd jest bez wyraźnych zmian.

Spostrzeżenie I. Pacj. W., lat 21, z zawodu robotnik, dziedzicznie nieobarczony, przybył do zakładu w stanie silnego zahamowania psychicznego, nic nie mówił, patrzał w jeden punkt. Po parudniowym pobycie w zakładzie stan silnego zahamowania minął. Chory miał świadomość przebytego stanu, orjentował się w miejscu, czasie i otoczeniu, wykonywał prymitywne zlecenia, lecz stan stuporu często wracał; wtedy pacjent był małomówny, małoruchliwy i zahamowany w myśli. Cieleśnie obserwowano: wybitny łojotok, pocenie kończyn, ubogą mimikę twarzy, sztywność postawy. Odruchy kolanowe wzmożone, źrenice reagują dostatecznie na naświetlenie i zbieżność. Objaw dyfuzji (Neri) wyraźny w formie zginania palców przy stosowaniu prądu faradycznego z miejsca przyczepu m. trójgłowego ramienia do wyrostka łokciowego. Czucie bólu i temperatury nie wykazuje zaburzeń chorobowych. W płynie mózgowo-rdzeniowym globuliny (Nonne-Appelt +, Pandy ++). Wassermann we krwi i płynie negatywny. Rozpoznano katatonję.

Już w pierwszej połowie kuracji pacjent był bardziej ożywiony, zdawał sobie dokładnie sprawę ze swojego stanu chorobowego, zajmował się chętnie pracą fizyczną, interesował się otoczeniem. Po skończonej kuracji objawy powyżej wymienione zupełnie ustąpiły i chory w stanie całkowitego wyleczenia został zwolniony do domu po pięciomiesięcznym pobycie w zakładzie.

Spostrzeżenaie II. Pacj. Cz., lat 25, z zawodu absolwentka filozofji, dziedzicznie nieobarczona; zawsze słabowita, uczyła się bardzo dobrze. Mając lat 20 pacj. przechodziła czerwonkę. Przybyła do zakładu w stanie silnego stuporu. Cieleśnie: wychudzenie, łojotok na twarzy, sinica rąk. Zazwyczaj maskowata twarz, wyraża niekiedy przerażenie i pomięszanie. Źrenice oddziałują na światło leniwie, na zbieżność dobrze. Mioklonja synchroniczna mięśni mostkowo-gnykowych. Odruch spojówkowy zniesiony, język drży, nie zbacza, odru-

chy ścięgniste wzmożone. Objaw dyfuzji (Neri) dodatni. Wyraźne zmniejszenie pobudliwości elektrycznej mięśni. Psychicznie: pacj. jest sztywna, siedzi godzinami na jednem mejscu, nic nie mówi, twarz wyraża lęk. Pokarmu nie przyjmuje, bywa karmiona, źle sypia. Niekiedy tylko chora wymawia pojedyńcze wyrazy. Wassermann w płynie przy 0.1 mm^3 dodatni ++++. Cholesteryna — 0.05 na 100 cm^3 płynu. Rozpoznano El. letharg.

Po przebytej kuracji pacjentka jest ożywiona, rozmówna, zdaje sobie dokładnie sprawę ze swego stanu chorobowego, wspomina o różnych niedorzecznościach, które popełniała w stanie choroby. Wyraz twarzy pogodny, czasem wesoły; pacjentka chodzi na spacery, zajmuje się otoczeniem, czyta książki, grywa w tenis, śpiewa, tańczy. Czasami jednak miewa krótkotrwałe stany lekkiego zahamowania, które szybko mijają.

Na uwagę zasługuje fakt, że dodatni odczyn B.—W. w płynie mózgordzeniowym ustąpił tu po kuracji.

Spostrzeżenie III. Pacj. T. lat 37, z zawodu inżynier, dziedzicznie nieobarczony. W roku 1920 przebył dur wysypkowy, a w 22 inną infekcyjną chorobę, natury durowej. Miewał częste bóle głowy, stał się cichy, powolny, małomówny, niedbały, apatyczny; dużo sypiał, a niekiedy nawet zasypiał w trakcie rozmowy. Cieleśnie: źrenice zwężone, leniwie reagują na naświetlenie, dostatecznie na zbieżność. Drżenie wysuniętych rąk, oraz opuszczonych powiek. Wyraźny objaw dyfuzji (Neri). Lekkie napięcie mięśni w kończynach. Twarz nieco skrzepła, postać pochylona ku przodowi. Odruchów z podeszwy brak; przy badaniu tych ostatnich powstaje skurcz odruchowy mięśnia czworogłowego uda; odruch ten prędko się jednak wyczerpuje. Odruch kolanowy żwawszy po stronie lewej. Odruch mięśnia piszczelowego przedniego obustronnie wzmożony (Piotrowski). Odruchów Achilesa brak. Romberg słabo dodatni. Czucie na ból znacznie upośledzone; na głębokie ukłucia szpilką (po całej skórze) chory daje odpowiedzi „tępo", podczas gdy ukłacia lekkcie rozpoznaje prawidłowo. Czucie na ciepło po całem ciele również upośledzone; pacjent nie odróżnia probówki z wodą gorącą od próbówki z wodą zimną, natomiast mniejsze różnice termiczne poznaje dobrze. Wybitne pocenie kończyn, łojotok oraz poliurja. Kilkakrotne badanie krwi i płynu na odczyn Wassermanna dało wyniki ujemne. Globuliny w płynie: Pandy+++, Nonne —, Appelt ++, Weichbrodt +++. Psychicznie: zahamowany, ubogi w myśleniu i kojarzeniu, apatyczny, bierny w zachowaniu się, oraz powolny cudzym rozkazom. Rozpoznano parkinsonizm poencefalistyczny (forma prążkowo - wzgórzowa — Bielawski).

Po kuracji pacjent, znacznie ożywiony, interesuje się otoczeniem, czytuje książki, gazety, chętnie odbywa dłuższe spacery, wycieczki, jest wesołego usposobienia, żartobliwy. Sam przyznaje, że jego ciężki stan minął i czuje się teraz dobrze. Łojotoku niema. Odruchy kolanowe normalne, brak odruchu z mięśnia piszczelowego przedniego, Rom-

berg ujemny. Wystąpiły odruchy brzuszne i cremaster'a, których przed tem nie było. Zaburzeń czucia na ból i temperaturę niema.

Spostrzeżenie IV. Pacj. F. lat 35, kandydat na nauczyciela, dziedzicznie nieobarczony. Zachorował nagle, zaczął bredzić, uciekać i niszczyć, co mu w rękę wpadło; miewał halucynacje wzroku i słuchu. Cieleśnie: sinica kończyn, łojotok twarzy; źrenice jednakowe, na naświetlenie oddziałują leniwie, na zbieżność dobrze. Odruchy kolanowe wzmożone. Obustronny objaw Piotrowskiego (antagonistyczny odruch m. piszczel. przedniego). Pacjent nie odczuwa ukłucia szpilką, oraz nie odróżnia przedmiotów ciepłych od zimnych. Psychicznie: milczący, na pytania nie odpowiada, siedzi w jednej pozie bez poruszenia się, ze spuszczoną głową; zachowuje przez dłuższy czas nadaną mu sztuczną pozę z podniesionemi rękoma i zgiętą w kolanie nogą; niczem się nie zajmuje, a jeżeli każe mu się coś robić, to robi to automatycznie. Ma skłonność do autyzmu. Wyraz twarzy obojętny. Rozpoznanc katatonję.

Po przebytej kuracji znacznie ożywiony, ruchliwy, chętny do pracy; na pytania odpowiada, czasem jednak z trudnością, wyraz twarzy pogodny, niekiedy uśmiechnięty, Źrenice na światło dobrze reagują; czucie na ból i temperaturę zachowane. Antagonistyczny odruch mięśnia piszczelowego przedniego (objaw Piotrowskiego) niewyraźnie zaznaczony.

Co się tyczy pozostałych 4 przypadków, to o polepszeniu narazie nie można mówić. Należy tylko wspomnieć o tem, że w dwuch przyp. Wassermann był pozytywny w płynie przed kuracją, po kuracji natomiast ustąpił. Odczyn Wassermanna występował w 4 leczonych przypadkach. U chorych tych podłoże kiłowe było absolutnie wykluczone. Zjawisko, że Wassermann występuje u katatoników i w parkinsonizmie bez kiłowego podłoża, potwierdzają badania różnych autorów. Roques de Fursac twierdzi, że 20% katatoników ma dodatni odczyn Bordet-Wassermanna. Podobny wynik otrzymał Bielawski, badając płyn mózgowo-rdzeniowy u katatoników i w parkinsonizmie po El.: stwierdził on również, że dodatni odczyn Bordet-Wassermanna w płynie występował tam, gdzie była zwiększona ilość cholesteryny. Badania Bielawskiego zgadzają się w zupełności z badaniami Pighiniego. Pighini mniema, że zwiększona ilość cholesteryny w płynie powoduje dodatni odczyn Wassermanna. Skąd natomiast pochodzi jej zwiększenie w tych stanach patologicznych, dotychczas niewiadomo; możliwie, że powoduje je jad encefalityczny. W każdym razie nie mamy żadnych danych do przyjęcia podłoża kiłowego choroby w przypadkach naszych, a więc i sukcesy lecznicze nie mają tu nic wspólnego z zabójczem działaniem As, Hg. i J. na krętki blade.

Należy zwrócić również uwagę na wyniki serologiczne (zachowanie się płynu mózgordzeniowego) po kuracji. Przed zabiegami bowiem stwierdzono zwiększoną ilość globuliny we wszystkich leczonych przypadkach, oraz lekką polileukecytozę w przypadkach parkinsonizmu.

Wassermann w płynie był dodatni u 3 parkinsoników i w jednym przypadku katatonji (w anamnezie nie było żadnych danych co do kiłowego podłoża we wspomnianych przypadkach). Występował również we wszystkich leczonych przypadkach nadmiar cholesteryny w płynie. Po kuracji powyższe objawy patologiczne w płynie całkowicie ustąpiły.

Reasumując, pragnę podkreślić, że kuracja w postaci połączeń arsenu, rtęci i jodu, w przypadkach zachorzeń natury ekstrapiramidowej, daje wyniki zachęcające, zwłaszcza w parkinsoniźmie poencefalitycznym.

Jeżeli wolno na podstawie tak nielicznych przypadków wyciągać wnioski ogólniejszej natury—można by było mniemać, że praca niniejsza jest pewnym przyczynkiem, stwierdzającym również podobieństwo reakcji omawianych dwuch grup chorobowych na stosowanie jednakowych środków leczniczych, co być może, rzuci też światło na etjologię katatonji.

P. Dyrektorowi D-rowi Piotrowskiemu dziękuję na tem miejscu za łaskawe udostępnienie mi materjału klinicznego i laboratoryjnego, a p. Drowi Bielawskiemu za przekazanie mi tematu, oraz za udzielenie mi pomocy przy wykończeniu niniejszej pracy.

Hôpital Psychiatrique public. du Pays de Poznań à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

ESSAIS THÉRAPEUTIQUES DANS QUELQUES FORMES MORBIDES EXTRAPYRAMIDALES PAR L'EMPLOI DE L'AS + Hg + J.

par

F. BEREZOWSKI.

Traitant des parkinsoniens postencéphalitiques et d'autres formes analogues (la catatonie — Bielawski), on a employé le neosalutan en injections intravasculaires, alternant avec le mercure en injections intramusculaires. Après la cure chaque malade recevait du iodure pendant deux mois.

Au point de vue clinique les résultats thérapeutiques sont les suivants: un cas de catatonie guéri, un cas de parkinsonisme grave postencéphalitique est sur le point de guérir, un cas d'encéphalite léthargique amélioré mourut quatre semaines après la cure; chez deux malades atteints de parkinsonisme l'état s'est beaucoup amélioré, les autres cas (3) ne montrent pas de changement.

Avant la cure la quantité de globulines était augmentée dans tous les cas. Dans le cas de parkinsonisme on a constaté une légère polyleucocytose.

Chez 3 parkinsoniens et dans un cas de catatonie la réaction de B.— Wassermann dans le liquide (0,1 mm^3) était positive. Ni l'anamnèse, ni l'exploration exacte de ces malades ne donnaient de signes de syphilis. Dans tous les cas traités on a constaté un excédent de cholésterine. La réaction positive de B. — W. se montre liée en outre à l'excédent de cholésterine. (Pighini, Bielawski).

Après la cure les signes pathologiques dans le liquide avaient disparu. (Les recherches sur la cholésterine sont encore en train).

L'auteur est d'avis que les résultats du traitement mentionné sont encourageants jusqu' à présent, surtout dans le parkinsonisme postencéphalitique.

STRESZCZENIA i OCENY.

Dr. Paweł Gantkowski. — O LECZENIU ALKOHOLIKÓW i ZWALCZANIU ALKOHOLIZMU.
(Archiwum Higjeny T. I. 2. II. 1925 - Wilno)

Apparent rari nantes in gurgite vasto— lekarze, walczący z alkoholizmem. Na czele nielicznego hufca od szeregu lat idzie autor pracy, wymienionej w nagłówku, który słowem wymownem, piórem utalentowanem i czynem (sam jest bezwzględnym abstynentem) — krzewi zasady walki z tą wielką klęską społeczną.

Praca obecna jest oparta na 20-letniem doświadczeniu; obejmuje wyniki, do których opracowania dostarczyła materjału (blisko 700 przypadków) działalność autora jako organizatora i kierownika miejskiej stacji opiekuńczej dla alkoholików, powołane, do życia w 1907 r. przez ówczesne władze miejskie Poznania. Leczeniem — oczywiście natychmiastowa i bezwzględna abstynencja, możliwa do przeprowadzenia wyłącznie tylko w specjalnym zakładzie dla alkoholików, opartym na regulaminie zakładu zamkniętego. Wyleczenie alkoholika inną drogą jest bardzo rzadkie. Ażeby zakład mógł skutecznie cel swój osięgnąć — musi być spełniony, poza wszystkimi innymi jeden zasadniczy warunek: całe otoczenie chorego, od kierownika - lekarza do najniższego funkcjonarjusza musi być bezwzględnie abstynenckie. Bez tego zasadniczego warunku o wyleczeniu alkoholika niema mowy, bo niemożna będzie zastosować w całej rozciągłości podstawowego środka leczniczego — abstynencji, skoro służba sama nie będzie z przekonania wstrzemięźliwa i będzie dostarczała pokryjomu alkohol pacjentom, niwecząc w ten sposób wszelkie usiłowania lecznicze. Dzieje się tak powszechnie w zakładach dla alkohollków i przyczynia się do dyskredytowania tej metody leczenia.

Autor słusznie odrzuca wogóle jako środek leczniczy alkohol, zwraca przytem uwagę lekarzy — jak łatwo nieopatrzne zastosowanie alkoholu może zrobić alkoholikiem człowieka, który ma pewne dziedziczne obarczenie w tym kierunku, który mógłby alkoholikiem nie zostać, gdyby nie zalecenie lekarza, który mu alkohol, jako środek leczniczy zastosował; przytacza sześć przypadków z własnej obserwacji, bardzo pouczających pod tym względem.

Stacje opiekuńcze dla alkoholików są omówione w artykule bardziej szczegółowo. Uwagi o zadaniach i zakresie działania stacji są bardzo cenne. Są oparte na własnem długoletniem doświadczeniu; powinien zapoznać się z niemi każdy, kto chce taką instytucję stworzyć lub nią kierować.

„Lekarz jest wychowawcą społeczeństwa pod względem higjenicznym, jego zatem obowiązkiem społecznym jest energiczna współpraca w walce z tą klęską społeczną, która tak samo, jak epidemje, dziesiątkuje ludność i osłabia siłę fizyczną narodu, jego energję i wolę".

Temi słowy kończy autor swą cenną pracę. Nie można nie zgodzić się z niemi w zupełności.

R. Radziwiłłowicz.

N. F. Pactet. — ZABURZENIA PSYCHICZNE U MASZYNISTÓW PAROWOZOWYCH I SZOFERÓW. Annales medico-psychologiques, czerwiec Nr. 1. 1925 r.

Autor wskazuje na niebezpieczeństwo, jakie grozi nam od psychicznie chorych maszynistów parowozowych i szoferów.

i przytacza cały szereg przykładów, z których wynika, że najczęstszą chorobą u wymienionych zawodowców jest porażenie postępujące. Autor powołuje się między innymi na referat M. Dupouy'a, w którym sprawozdawca donosi, że lekarz pełniący funkcje w służbie profilaktyki psychicznej w zakładzie Św. Anny, zbadał 36 szoferów, którzy mu się przedstawili z własnej woli wzgl. których rodziny przyprowadziły. 2/3 liczby szoferów kierowało automobilami publicznymi, 1/3 stanowiła zastęp szoferów prywatnych. Pomiędzy tymi szoferami stwierdzono następujące cierpienia: psychastenji 12, toksykomanji 2, epilepsji 2, alkoholizmu chronicznego bez osłabienia intelektualnego 5, alkoholizmu chronicznego z objawami dementywnymi 2, otępienia umysłowego różnego pochodzenia 3, porażenia postępującego 10. Do tego autor dodaje przykłady własnego doświadczenia i podkreśla fakt, że od roku 1920 w zakładzie Villejuife przyjął 35 szoferów autobusowych, kierowników automobilów publicznych i szoferów prywatnych. W dwudziestu przypadkach stwierdził porażenie postępujące. Razem z M. Dupouy'em autor przychodzi do wniosku, że takich osobników należałoby usunąć z dróg publicznych. Pozwolenia na kierowanie samochodem należałoby udzielać tylko po skrupulatnem zbadaniu kandydata przez lekarza; badanie to powinno się odbyć w centrali, gdzie, oprócz badania ogólno-lekarskiego, przeprowadzonoby badanie szczegółowe, wykonane przez specjalistów: neuropsychjatrę, otologa, oftalmologa itp. Badania te powinny się powtarzać w pewnych okresach. Autor powołuje się na postulaty Akademji Medycznej z dnia 9. 1. 1924 r., w których w punkcie 4. wymaga się, że pozwolenie na kierowanie publicznym wehikułem wydaje się na przeciąg 10 lat. Po upływie tego czasu szofer powinien się poddać ponownemu badaniu lekarskiemu. W przypadkach specjalnych pozwolenie wystawionoby na przeciąg 3 lat, o ileby to komisja lekarska uznała za pożyteczne. Punkt 7 tych postulatów przewiduje, że każdy szofer, który spowodował nieszczęście z własnej winy, musi się poddać nowemu badaniu lekarskiemu. W końcu autor powołuje się na Dr. Anglade'a, który mu wspominał o raporcie Komitetu Higjeny Psychicznej z roku 1920, traktującym o wyborze i nadzorze psychjatrycznym nad osobami zajętemi w komunikacji publicznej. W punkcie 1 tego sprawozdania wyrażone jest żądanie, że osoba, która chce być dopuczczona do kierowania pojazdem w komunikacji publicznej na lądzie, na wodzie i w powietrzu, musi być umysłowo zdrową. Ponieważ w tej kwestji nikt nie może być własnym sędzią, kandydat powinien się poddać badaniu przez lekarza specjalistę, to jest neuropsychjatrę.

2. Kandydaci na kierowników publicznych środków transportowych muszą się poddać przedwstępnym lekarskim oględzinom neuropsychjatrycznym.

3. Funkcjonarjusze komunikacji publicznej winni w pewnych okresach i okolicznościach poddawać się specjalnym oględzinom lekarskim, których celem będzie sprawdzenie w interesie podróżnych i we własnym interesie badanych, czy psychonerwowy stan tychże jest zrównoważony.

4. Sposób wyboru i nadzoru neuropsychjatrycznego pozostawia się inicjatywie odnośnych zarządów lub przedsiębiorstw, atoli Państwo powinno wykonywać kontrolę.

A. P.

Prof. Bechterew i Dr. Pewsner. — ADONIS VERNALIS UND DEREN PRÄPARAT „ADONILEN" BEI BEHANDLUNG VON EPILEPSIE UND ALLGEMEINEN NEUROSEN. (M. m. W. Nr. 27—1925).

Bechterew skombinował mieszankę z naparu miłka wiosennego (Adonis Vernalis), soli bromowych i kodeiny. Preparat ten stosowany przy padaczce w dostatecznych dawkach daje dobre rezultaty. Strony dodatnie tego leku są następujące:

po 1). Nie daje zjawiska kumulacji, które dają preparaty naparstnicy.

po 2). Lek ten można stosować przez czas dłuższy nie tylko przy padaczce ze zmianami w sercu, lecz i przy padaczce zwykłej. Zamiast środków nasennych w przebiegu padaczki lepiej jest używać preparatu Bechterewa.

Bechterew radzi w wypadkach bezsenności zmieszać swój preparat z lumiralem. Spostrzeżenia dały najlepsze wyniki przy padaczce, oraz przy nerwicach. Lek ten rereguluje tętno, krążenie krwi i działa moczopędnie.

Strony ujemne tego preparatu są następujące:

po 1). Działa na błony śluzowe przewodu pokarmowego przez saponinę, wywołując dyspepsję, nudności, wymioty i biegunkę. Ażeby uniknąć tych zaburzeń, Bechterew dodał kodeinę.

po 2). Niestałe działanie danego środka; przyczyna ta leży w jakości oraz umiejętności przygotowania danego naparu.

Badania fizjologiczne oraz farmakologiczne nad „adonilenem" wykazały, że można zamiast naparu adonis vernalis Bechterewa użyć adonilenu. Doświadczenia przeprowadzono na sercach żab. Adonilen po krótkiem działaniu wzmacnia skurcz i przedłuża rozkurcz serca, oraz daje tętno pełne regularne.

Adonilen nie wywołuje kumulacji i nie daje zaburzeń dyspeptycznych. Używa się zamiast naparu w mieszance Bechterewa w następującym stosunku:

na 4.0—6.0 : 200.0 Infus. adonis vernalis używa się 12—18 kropli adonilenu, kodeiny 0.2 : 200.0, oraz soli bromowych 10.0—12.0 : 200.0. Daje się 4—5 łyżek dziennie.

P a s z k i e w i c z („Kochanówka").

Dr. Ludwig P e t e r s. — ZUR RECURRENSBEHANDLUNG DER PARALYSE. Archiv für Psychiatrie T. 73, zeszyt 5, z kwietnia 1925.

Peters przytacza wyniki leczenia porażenia postępującego za pomocą szczepienia zimnicy i gorączki powrotnej. Niemieccy autorzy, jak Weygandt, Gerstman, Reese, Peter, którzy rozporządzali znaczną liczbą, bo wynoszącą parę setek, przypadków porażenia postępującego leczonych zimnicą, podają liczbę remisji, znoszących przymusową detencję chorych w zakładzie, z częściową lub zupełną zdolnością do pracy zawodowej, na 50—60 proc. wszystkich przypadków leczonych. Angielscy autorzy, których spostrzeżenia dotyczą mniejszej liczby przypadków, mają wyniki gorsze. Autorzy, którzy leczyli porażenie postępujące gorączką powrotną, mają wyniki podobne do wyników leczenia zimnicą. Na 76 przypadków, leczonych przez Steinera i Plauta gorączką powrotną, 34 opuściło zakład z polepszeniem, 25 pozostało w zakładzie i 17 zmarło. Z 72 porażeńców, leczonych przez Sagola, 43,6 proc. wróciło do pracy, 12,7 proc. zachowało względną zdolność do pracy w zakładzie. Peters na 15 przypadków p. p. leczonych szczepieniem gorączki powrotnej, w 10 otrzymał remisję zupełną. Do szczepienia brał krew z żyły łokciowej w ilości 4—6 cm. od chorego na gorączkę powrotną w czasie 2 napadu gorączki i zastrzykiwał ją podskórnie porażeńcowi. Wpływ leczenia gorączką powrotną na zmiany serologiczne porażeńców nie zawsze był zgodny z kliniczną poprawą. Na 5 remisji zupełnych, tylko 2 przypadki dały wszystkie odczyny ujemne. Remisję dało się zauważyć w większości przypadków w 2 miesiące po szczepieniu. Peters kończy pracę swą uwagą bardzo optymistyczną, że dzięki szczepieniom zimnicy i gorączki powrotnej znaleziono nowy środek dla skutecznego zwalczania porażenia postępującego.

W. M e r t z („Kochanówka".)

J.-A. S i a c c a r d.—L'AREFLEXIE ACHILLIENNE DES TRAITEMENTS NOVARSENICAUX (PSEUDO-TABES NOVARSENICAL). — „Revue Neurologique" bulletin de la société de neurogie de Paris. Mai 1925.

Przy leczeniu swoistem kiły, nie powikłanej wiądem rdzenia za pomocą prepa-

ratów arsenowych, opisano szereg przypadków zupełnego zniesienia odruchów z obu ścięgien Achillesa. Dawniej zwiększano w tych razach dawki stosowanego środka, sądząc, że chodzi o objawy początkowe wiądu rdzenia, lecz przez to samo zatruwano jeszcze bardziej ustrój chorego. Wpływ szkodliwy arsenu oddziaływa niepostrzeżenie dla chorego, lub daje tylko nieznaczne objawy podmiotowe, jak mrowienia na podeszwach i paluchu oraz zmiany czuciowe i t. p.

Pobudliwość na prąd różnych grup mięśni podudzia, począwszy od mięśnia brzuchatego, łydki, ulega zaburzeniom ilościowym. Zniesienie odruchów kolanowych zdarza się niezmiernie rzadko: na 40 przypadków, obserwowanych w ciągu 5 lat, w jednym tylko przypadku zostało stwierdzone. Opisano także przypadek rozlanego zapalenia nerwów z niedowładem mięśni kończyn po zastrzykiwaniach novarsenobenzolu 0,20 przez 20 dni z rzędu. Brak odruchów ze ścięgien Achillesa utrzymuje się po zaprzestaniu leczenia w ciągu 3—4 lat. Autor radzi, aby w przeciągu 2—2½ miesięcy (okres leczenia) użyć arsenobenzolu 4,0—5,0 najwyżej 6,0 gr., stosując codzienne zastrzykiwania. Leczenie takie może być powtórzone 2—3 razy w ciągu roku bez ujemnych skutków.

Szczytt („Kochanówka".)

Dr. E. Morgenstern. — ÜBER SPIROBISMOLBEHANDLUNG BEI SPÄTSSYPHILIS (M. m. W. Nr. 18. 1925 r.)

Autor podaje wyniki stosowania spirobismolu w 8 przypadkach późnej kiły i stawia ten środek wyżej od preparatów Hg. Spirobismol zawiera J. i Chininum. Preparat ten polecają Citron, Joseph, Grunenberg i kliniki we Wrocławiu, Würzburgu, jako jedyny w późnych okresach kiły.

I) Objawy periostitis specifica ustąpiły zupełnie po 14-stu zastrzyknięciach spirobismolu,
II) Neuralgia n. trigemini specifica. Objawy ustąpiły zupełnie po 10-ciu zastzyknięciach preparatu,
III) L. cerebri — po 14-stu zastrzyknięciach objawy zniknęły, względnie zmniejszyły się do minimum,
IV) Aortitis specif. — objawy, w postaci angina pectoris i t. d. — po 10-ciu zastrzyknięciach spirobismolu i 5 natr. salvars. prawie ustąpiły,
V) Endarteriitis specifica — objawy w postaci porażenia połowicznego ustąpiły po 10-ciu zastrzyknięciach spirobismolu i 5 natr. salvar.,
VI L. hereditaria - iritis. — Objawy zapalenia tęczówki ustąpiły po 10-ciu zastrzyknięciach, gdy wcierki, były bezskuteczne,
VII. Tabes dors. — Objawy przedmiotowe, jak również poprawa zaburzeń ruchowych nastąpiła po 10-ciu zastrzyknięciach.
VIII. Objawy hepatis gummosae po 14-stu zastrzyknięciach preparatu prawie ustąpiły.

W powyższych przypadkach infekcja nastąpiła przed 6—30 laty; prawie nie były one leczone. Podczas kuracji spirobismolem podawano do wewn. duże dawki Jodu. Autor, jako dowód wysokiej wartości powyższego preparatu, wskazuje na przypadek hemiplegji, l. cerebri i neuralgji n. trigemini.

Stawirej, („Kochanówka").

G. Halberstadt, — LA DÉMENCE PRÉCOCE MÉLANCOLIQUE. (Revue neurologique XXXII, Annéc, Tome II Nr. 1. Juillet 1925.)

Świat psychjatryczny uświadamia sobie dziś dostatecznie, że dementia praecox rozpoczyna się bardzo często krótszym lub dłuższym okresem depresji, ale, że choroba ta przed ostatecznem skrystalizowaniem właściwych sobie objawów przez długi czas larwuje się pod maską melancholji, to, powiada autor, ogólnie pomijane było do-

tąd milczeniem. — Nie znaczy to, aby w formie dementia praecox depressiva, zaprawionej urojeniami (Kraepelin), te ostatnie nie występowały: — owszem, ale są one tam bardzo szczelnie przysłonięte kirem objawów melancholijnych. — Powyższa synteza zjawiskowa ma nietylko znaczenie tereotyczne, ale przedewszystkiem praktyczne, gdyż w wypadkach melancholji, rozwijającej się u osobników młodych, panuje zwykle skłonność do rokowania pomyślnego. — Dobrze więc jest wiedzieć, że nazbyt często ukrywa się pod obsłonkami melancholji kiełkujący zarodek hebefrenji.

Pośród autorów, zajmujących się specjalnie formą melancholiczną demencji (dem. praecox) wymienić należy w pierwszym rzędzie Pfersdorfa, potem Wieg-Wickentala, Raecke'go, Rehma oraz Bleulera.

Autor ilustruje pracę swoją czterema przypadkami, z których jeden szczególnie zasługuje na krótkie streszczenie.

Pacjentka H., lat 27, obserwowana od 12. maja 1920 r. w chwili wstąpienia do zakładu i w pierwszych dniach swego pobytu zdradza objawy czystej melancholji: powolność procesów psychicznych, przygnębienie, samooskarżenie się, idee prześladowcze, halucynacje słuchowe, mowa ledwo dosłyszalna, przytem orjentacja doskonała. Rozpoznanie po dwóch tygodniach: „Melancholja". — Dopiero 20. października 1920 r. występują po raz pierwszy objawy takie jak stereotypje, grymasowanie, zaniedbywanie się, wypowiadanie idei prześladowczych z uśmiechem i od tego czasu początkowy i długotrwały obraz „melancholji" ustępuje opanowującej go demencji (dementia praecox).

J. Gawroński.

* * *

We Francji ukazało się nowe pismo naukowe, organ Ligi Hygjeny Umysłowej — „La Prophylaxie mentale". Wychodzi co trimestr. Redaktor naczelny — Dr. Genil-Perrin. Współpracownicy: Briand, Claude, Colin, Klippel, Legrain i inni. Redakcja: już w słowie wstępnem zaznacza, iż pismo jest przeznaczone dla szerszego ogółu w celu propagandy idei Ligi. To też artykuły, mając formę dostępną dla niespecjalistów, nie tracą jednak na swej wartości naukowej. Confer streszczenie następujące:

Dr. Genil-Perrin. — LES SUGGESTIONS DANGEREUSES. (La Prophilaxie mentale Nr. 1—2 1925.)

Starożytni grecy posługiwali się jednem tylko słowem przy określaniu zarówno lekarstwa, jak i trucizny. Najcenniejsze leki obecnej doby, są jednocześnie silną trucizną.

Metody terapeutyczne w psychjatrji posiadają wiele niebezpiecznych stron i dlatego też należy je stosować oględnie.

Autor przytacza przypadki własne, gdzie osiągnął zupełnie zadowalniające sukcesy terapeutyczne już przez stosowanie reedukacji, nie uciekając się więc do hypnozy, wzgl. psychoanalizy. To też racjonalna perswazja jest środkiem pewniejszym, aczkolwiek mniej efektownym, niźli metody powyższe. Traktuje ona nietylko chorobę, jako taką, lecz wywiera również wpływ na głębsze, psychologiczne podłoże cierpienia.

W przeciwieństwie do niej, hypnoza występuje przeciw konstrukcjom fikcyjnym chorego w sposób gwałtowny, przeto dla zdrowia moralnego szkodliwy.

W obu przypadkach Perrin'a wyleczenie nastąpiło dzięki zastosowaniu stałej reedukacji autokrytycyzmu. Nie ograniczając się bynajmniej do usunięcia jedynie cierpień, zaznaczonych w karcie szpitalnej, stara się ref. uchronić pacjenta od analogicznych dolegliwości na przyszłość. Posługując się innemi metodami przeciwstawiał by tylko fikcyjnym cierpieniom równie fikcyjne leczenie osiągając w ten sposób jedynie przejściową poprawę. Tak wmawia się w chorego wiarę w poniekąd mistyczną siłę, zamiast opierać jego wolę na podstawach realnych. Spowodowuje się chwilowy zanik choroby, podobnie jak morfina uśmierza ból fizyczny. Kuracja taka nie dosięga jednak źródła dolegliwości.

Jak hypnoza, również niebezpieczną metodą jest psychoanaliza. Rozstrząsa ona sumienie chorego aż do chwili odkrycia kompleksu erotycznego, który lekarz zacho-

wuje jako efekt końcowy, podobnie jak zręczny kuglarz wyciąga talję kart z kieszeni naiwnego widza.

Psychoanalizatorzy dobrowolnie pozbawiają się szacunku swoich pacjentów. Możemy sobie wyobrazić, jakie wrażenie wywołuje na chorym zaznajomienie go n. p. z kompleksem Edypa, t. zn. poddaniem mu myśli, że kiedyś w swej wyobraźni zgwałcił on rodzoną matkę lub zamordował ojca.

Leczenie psychoanalityczne, nieodpowiednio stosowane stanowi groźne niebezpieczeństwo dla zdrowia duchowego.

W Anglji prawo karze surowo takie niebezpieczne praktyki. Parlament belgijski uchwalił w roku 1892 prawo, karzące organizatorów publicznych seansów hypnotycznych. We Francji publiczne zajmowanie się hypnotyzmem wzbronione zostało lekarzom wojskowym.

Na zakończenie woła autor, że społeczeństwo francuskie bronić się będzie przeciw truciźnie psychoanalitycznej tak, jak zwalcza ono środki narkotyczne, którymi firmy niemieckie potajemnie zalewają rynek handlowy. H. Weychert.

PRACE ORYGINALNE z DZIEDZINY PSYCHJATRJI i NEUROLOGJI ZAWARTE w PISMACH LEKARSKICH POLSKICH. — ROK 1925.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Nr. 19. **F. Redlich:** Niezborność móżdżkowa i ślepota duszy po urazie u 21 miesięcznego dziecka.

Nr. 22. **K Orzechowski:** Cieniom J. M. Charcota poświęcone przemówienie.

Nr. 23. **W. Lipiński:** Wartość odczynu zmętnienia Meinickiego (M. T. R.) w serodiagnostyce kiły.

Nr. 24. **J. Szulislawska:** Z kazuistyki samobójstw przez rany cięte i kłute.

Nr. 27. **K Lewkowicz:** Czy może istnieć „samorządne" meningokokowe zapalenie opon i czy wymaga ono osobnego leczenia miejscowego?

Nr. 28. **A. Demaszewicz:** Sztuczna odma czaszkowa jako środek leczniczy w nagminnem zapaleniu opon mózgowych (meningitis cerebrospinalis epidemica).

Nr. 28. **K. Orzechowski:** Zaburzenia wegetatywne w chorobie Charcota.

Nr. 30. **J. Morawski:** Konstytucja i dziedziczność

Nr. 32 i 33. **T. Jaroszyński:** Psychoterapja emocjonalna.

Nr. 34 i 35. **T. Fałkiewicz:** O wartości prognostycznej odczynu ze złotem koloidowem w przypadkach zapalenia opon mózgowych.

Nr. 38. **S. Higier:** Przyczynek do patogenezy ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteura.

Nr. 38. **H. Higier:** Z przebiegu podzwrotnikowej czyli złośliwej zimnicy mózgowej (Meningo - encephalitis malarica haemorrhagica).

Nr. 43. **A. Krause:** W sprawie napięcia układu nerwowego wegetatywnego w stanach tarczycowych (thyreoidismus).

Nr. 43. **B. Frenkiel:** Ze studjów nad układem współczulnym.

Nr. 44. **E. Artwiński:** O poliurji po zapaleniu mózgu.

Nr. 45. **St Sterling-Okuniewski:** O znaczeniu odruchu oczno-sercowego i o zastosowaniu praktycznem ucisku gałek ocznych.

Nr. 46. **W. Mikułowski:** Rzadki zespół opso-miokloniczny u dziecka w przebiegu zapalenia mózgu.

Nr. 47. **J Leyberg:** Osmoterapja syfilitycznego płynu mózgowo-rdzeniowego przy pomocy dożylnych wlewań 40% salwarsanizowanej urotropiny.

Nr. 48. **E. Artwiński; M Ostrowski:** O leczeniu porażenia postępującego oraz innych postaci kiły układu nerwowego zimnicą.

Nr. 48. **Stryjeński:** O znaczeniu odczynu Spatza w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

Nr. 50. **Jaworski, W. Droźdź:** Przypadek nowotworu rdzenia.

WARSZAWSKIE CZASOPISMA LEKARSKIE.

Nr. 6. **H. Higier.** Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. (Dok.)

Nr. 6. **P. Baumritter:** O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon.

Nr. 6. **S. Tenenbaum**: Przyczynek do nauki o konstytucji.

Nr. 7. **E Herman**: O krwotokach podpajęczynówkowych.

Nr. 7. **A. Landau**: O podziale choroby Brighta.

Nr. 8. **G Bychowski**: Momenty psychoanalityczne w psychozach.

Nr. 11. **R Markuszewicz**: Niezwykły przypadek porażenia postępującego leczony zimnicą.

NEUROLOGJA POLSKA

Nr. 2. **E Flatau**: Encephaloleukopathia scleroticans progressiva.

Nr. 2. **Szpilman-Neudingowa i Poncz**: Przyczynek do badania pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Nr. 2. **Freyówna**: Przyczynki do topografji w trzonie mózgowym.

Nr. 2. **Gruszecka**: Przypadek choroby Raynaud'a powikłany przez sprawy wysiękowe i przez polymyositis acuta.

Nr. 2. **Higier**: „Syfilis i metasyfilis".

Nr. 2. **Jaroszyński**: „O nowszych poglądach w neurologji i psychjatrji francuskiej".

WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Nr. 3—4. **Doc. Dr. T. Jaroszyński**: Rola psychologa w wychowaniu fizycznem.

ARCHIWUM HIGJENY.

Nr. 2. **Pr. Dr Paweł Gantkowski**: O leczeniu alkoholików i zwalczaniu alkoholizmu.

ZDROWIE.

Dr. 3. **Dr. Witold Chodźko**: Walka z opium.

SZKOŁA SPECJALNA

Nr. 2. **Sterling**: (Dr. Wł.) — Badania nad pismem lustrowem dzieci normalnych i niedorozwiniętych.

Grzegorzewska (Dr. M.)—Iloraz inteligencji w skali Binet'a i jego znaczenie diagnostyc ne,

Dunin Sulgustowska (M.) — Pracownie dla dzieci jako czynnik profilaktyczny w walce z przestępczością.

Stefanowicz Moskiewiczowa (A.)— Wyniki badań nad dziećmi skalą Binet'a w laboratorjum Instytutu Pedagogiki Specjalnej (Rok 1922/3 i 1923/4).

Nr. 3. **Szuman** (Dr. Stefan). — Rysunki schematyczne dzieci upośledzonych umysłowo.

Strassburger (Marja).—Wybór zawodu dla młodzieży niedorozwiniętej.

Stefanowska (Dr. Michalina).—Stan obecny szkół dla upośledzonych umsłowo w Warszawie.

KWARTALNIK KLINICZNY.

Nr. 3. **R. Markuszewicz.** O różniczkowem rozpoznaniu osłupienia katatonicznego i histerycznego. —

WIADOMOŚCI PERSONALNE.

Dr. Stanisław Maćkiewicz dnia 1. 12. br. objął stanowisko asystententa w Szpitalu Państwowym dla chorych psychicznie w Tworkach.

Dr. Stanisław Feliks Węgiel dnia 3. 8. br. objął stanowisko asystenta w zakładzie dla umysłowo chorych w Rybniku.

Dr. Włodzimierz Godłowski dnia 5.12.br. objął stanowisko asystenta w tymże zakładzie.

Dr. Alojzy Rediger dnia 1. 11. br. objął stanowisko asystenta w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Owińskach.

Dr. Ireua Michniewiczówna dnia 24. 10. br. objęła stanowisko asystentki w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Kościanie.

Dr. Ernest Reimann dnia 16 12. br. objął stanowisko prymarjusza w tymże zakładzie.

Dr. Juljan Gawroński dnia 16. 12. br. objął stanowisko prymarjusza w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym Dziekanka.

Dr, Mateusz Siemionkin dnia 1. 11. br. objął stanowisko prymarjusza w Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

NADESŁANE DO REDAKCJI

„Wychowanie Fizyczne", kwartalnik, poświęcony hygjenie szkolnej i kształceniu cielesnemu w domu, szkole, armji i stowarzyszeniach, red. nacz. Pror. Uniw. E. Piasecki, Poznań 3, Chełmońskiego 20. — Opuścił prasę nr. 3—4 (podwójny) rocznika VI, który zawiera między innemi dziesięc prac, odczytanych w Sekcji wych. fiz. XII Zjazdu lek. i przyr. pol. w Warszawie (pióra Prof. Uniw. Ciechanowskiego, Jonschera, Piaseckiego, Doc. Jaroszyńskiego, D-rów Osmólskiego, Oziębłowskiego, Szumana, wizyt. Wyrobka, prof. gimn. Fidzińskiego), sprawozdanie D-ra Strumiłły z wizytacji 45 obozów przysposobienia wojskowego, oceny nowych książek,, streszczenia celniejszych artykułów w czasopismach zagranicznych, relacje z posiedzeń Lekarzy szkolnych, sekcyj w. f. T. N. S. W., Pedagogicznego Kongresu Olimpijskiego w Pradze, przebieg święta sportowego młodzieży szkolnej w różnych okręgach Szkolnych i t. p.

Numer ten (8 i pół ark. druku) zamyka rocznik 1925; następny ukaże się na Nowy Rok.

Skorowidz ukaże się w najbliższych tygodniach oddzielnie.